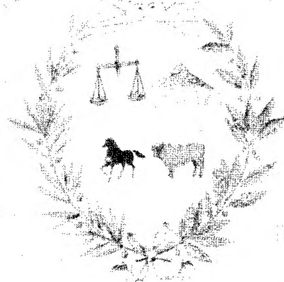
Año XCIV - Montevideo, jueves 21 de enero de 1999 - Nº 25.198



DIARIO OFICIAL



Edita y distribuye:

IMPO

$690

orida 1178 · Telef. nos 908 5...

nternet: www.impo.com.uy

DIARIO OFICIAL

REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

DIRECCION NACIONAL DE IMPRESIONES Y PUBLICACIONES OFICIALES

Florida 1178
Tels.: 908.50.42 - 908. 51. 80 - 908.52.76 - 908.49.23
Fax: Mesa Central: 902.30.98 - **Avisos:** 908.54.73 - Dirección: 900.33.71
Internet: www.impo.com.uy - **E-mail:** impo@impo.com.uy

Año XCIV - Nº 25.198 - Montevideo, jueves 21 de enero de 1999

DOCUMENTOS

Tomo 375

PODER EJECUTIVO

AVISOS

IMPORTANTE: ESTA A LA VENTA EL REGISTRO NACIONAL DE LEYES Y DECRETOS HASTA EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 1997 Y LAS NORMAS ARANCELARIAS DEL MERCOSUR DEL AÑO 1999.

REALIZADO EN TALLERES DE IMPRESORA POLO LTDA. - Dep. Leg. 255.733

DOCUMENTOS

PODER EJECUTIVO

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

1

Decreto 381/998

Apruébase el BAREMO para la Valoración del Grado de Invalidez, de aplicación a todas las actividades amparadas por el Banco de Previsión Social.
(8*R)

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS

Montevideo, 24 de diciembre de 1998

VISTO: El proyecto de Normas para la Valoración del Grado de Invalidez (BAREMO), elaborado por técnicos del Banco de Previsión Social en consulta con las compañías aseguradoras, en virtud de la participación de éstas en el sistema, y aprobado por el referido organismo.

RESULTANDO: I) Que el sistema previsional a que refiere la Ley No. 16.713, de 3 de setiembre de 1995, cubre entre otras contingencias, los riesgos de invalidez.

II) Que nuestro ordenamiento jurídico carece de normas determinantes de las diferentes secuelas o alteraciones funcionales que habiliten el otorgamiento de las prestaciones por invalidez.

CONSIDERANDO: I) Que para el mejor y más transparente funcionamiento del nuevo sistema previsional resulta conveniente la aprobación de un BAREMO o normas de valoracion de diferentes secuelas o de alteraciones funcionales, clasificadas por órganos o aparatos, en donde a cada función corporal le corresponde un porcentaje mínimo y otro máximo de déficit funcional o incapacidad fisiológica.

II) Que para determinar el otorgamiento de la jubilación por incapacidad total, el subsidio transitorio por incapacidad parcial y la pensión por invalidez o sobrevivencia en su caso, la aprobación del referido baremo permitirá establecer criterios objetivos y de homogeneización.

III) Que el BAREMO o Normas para la Valoración del Grado de Invalidez será de aplicación obligatoria a todas las actividades amparadas por el Banco de Previsión Social.

IV) Que de acuerdo al informe de los servicios técnicos del Banco de Previsión Social de fecha 26 de agosto de 1998, se entiende apropiado que la incapacidad absoluta para todo trabajo se configure cuando se constata una invalidez del 66% o más y que para acceder al beneficio del subsidio transitorio por incapacidad parcial se requiera una invalidez del 50% o más en los aspectos relacionados con el empleo o profesión habitual.

ATENTO: A lo dispuesto en el numeral 4º del artículo 168 de la Constitución de la República y a lo expuesto precedentemente.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

DECRETA:

ARTICULO 1º.- Apruébase el BAREMO para la Valoración del Grado de Invalidez, de aplicación obligatoria a todas las actividades amparadas por el Banco de Previsión Social, que se adjunta y forma parte integrante de este decreto.

ARTICULO 2º.- La incapacidad absoluta para todo trabajo se configurará con un 66% o más de invalidez, según la normativa que entra en vigencia.

ARTICULO 3º.- El subsidio transitorio por incapacidad parcial se configurará con un 50% o más de invalidez, valorándose aquellas incapacidades que incidan en el desempeño del empleo o profesión habitual correspondiente. El Banco de Previsión Social podrá, en forma excepcional y por resolución fundada, conceder el referido subsidio a aquellos afiliados que no alcancen el porcentaje requerido, siempre que la incapacidad constatada incida en forma determinante y decisiva en la imposibilidad de desempeñar el empleo o profesión habitual.

ARTICULO 4º.- El presente decreto entrará en vigencia a partir de los ciento cincuenta días de su aprobación y será de aplicación aún para las solicitudes en trámite a dicha fecha.-

ARTICULO 5º.- Comuníquese, publíquese, etc. **SANGUINETTI** - ANA LIA PIÑEYRUA - LUIS MOSCA

NORMAS PARA LA VALORACION DEL GRADO DE INVALIDEZ

BAREMO

República Oriental del Uruguay
1998

INDICE

DEFINICIONES

Impedimento: Se refiere a una enfermedad, a una disminución física o psíquica, a una anormalidad anatómica, a una pérdida anatómica, funcional o psíquica.

Impedimento Permanente: Es la situación en la cual un "impedimento" permanece estable e irreversible después de haberse agotado los medios curativos y de rehabilitación de que se disponga en forma habitual en el territorio de la República Oriental del Uruguay. Un impedimento permanente debe ser considerado como tal, cuando el mismo (con o sin tratamiento médico), no presente una variación sustancial (>3%) durante el próximo año. Si un impedimento no es considerado como permanente, de acuerdo a estas pautas, no deberá ser tenido en cuenta a fin de ser evaluado por éstas normas.

Invalidez (a los fines de esta norma): Es un concepto más amplio que el de impedimento. Se refiere a una definición o decisión técnico administrativa, respecto de cuándo un impedimento asociado a los llamados factores complementarios (edad, puesto de trabajo, nivel cultural), producen una pérdida en la capacidad de la persona que le impide realizar un trabajo compatible con sus capacidades remanentes, en forma total o parcial.

CONSIDERACIONES GENERALES

1- Para la evaluación de los impedimentos de las personas cuyas actividades se encuentran amparadas por el Banco de Previsión Social, los médicos actuantes deberán obligatoriamente basarse en el contenido de éstas normas.

2- El grado de incapacidad médica originada a partir del impedimento permanente constatado, se expresará en porcentajes de pérdida de la capacidad funcional de el o los sistemas afectados. Los porcentajes de valoración de acuerdo a estas normas, deberán considerarse como estimativos del impedimento.

3- Las afecciones deben ser objetivables a partir de una lesión anatómica

evidente, un trastorno funcional medible o una alteración psicológica evaluable. Los síntomas, sin signos físicos y/o psíquicos evidentes durante el examen o a través de la historia clínica y/o estudios complementarios, deberán ser consignados pero no tenidos en cuenta en la valoración final. En consecuencia, no pueden otorgarse porcentajes de incapacidad, sólo sobre la base de criterios clínicos, sin ser respaldados por hechos evaluables.

4- En los casos en que exista afectación de un solo órgano o sistema, el menoscabo global de la persona es aquel que de acuerdo al grado de impedimento se encuentre consignado en la tabla correspondiente al órgano o sistema afectado.

5- En los casos en que exista afectación de distintos órganos o sistemas (dos o más) se utilizará el criterio de capacidad residual, sobre el 100% de la capacidad restante. Los valores paricales de los impedimentos respectivos (de cada sistema afectado) deben ser combinados según la formula: %A + %B (100% - %A). A efectos de facilitar esta tarea se incluye una tabla de valores para uso en la suma de impedimentos combinados. En los casos en que las tablas de valoración indiquen el impedimento parcial del órgano o segmento, sin señalar el impedimento global, éste se deberá buscar en la tabla que indica el impedimento global de la persona (ej. Las tablas de conversión N° 1 y N° 2 del capítulo de Sistema Nervioso).

6- En los casos en que exista afectación de más de un órgano o sistema, las mismas deberán consignarse, pero sólo se valorarán en la sumatoria final, aquellas incapacidades que incidan en el desempeño de sus tareas.

7- El médico especialista que actúe en calidad de consultante, deberá pronunciarse sobre la patología y la capacidad psico-física que presenta la persona, basado en los criterios y unidades porcentuales establecidas en las presentes normas.

8- Los estudios complementarios, informes médicos y de Instituciones del sistema de salud, que permitan la justificación del impedimento y su valoración, deberán ser aportados por el peticionante, pudiendo él o los médicos actuantes, solicitar otros estudios complementarios que contribuyan a una mejor valoracón diagnóstica.

ESTUDIO DEL PUESTO DE TRABAJO

En los casos en que corresponda evaluar una incapacidad absoluta y permanente para el empleo o profesión habitual, deberá analizarse los antecedentes ocupacionales y en su caso, realizarse una valoración médico laboral "in situ" de las condiciones de trabajo del peticionante a fin de mejor valorar su impedimento.

A tales efectos, se adjunta un modelo de relevamiento de las condiciones de trabajo y factores de riesgo, que deberán ser tomados en cuenta para la valoración final.

FACTORES COMPLEMENTARIOS

La incapacidad laboral, concepto médico, se refiere a la disminución de la capacidad funcional originada por enfermedad física psíquica, la cual puede ser transitoria o permanente. Estas últimas son las que de acuerdo a estas normas se valoran para otorgar el porcentaje al grado de incapacidad de la persona.

La invalidez, de acuerdo a lo ya definido, excede los límites de la incapacidad física y/o psíquica, y a ésta se le deben agregar otros factores como la edad, nivel cultural y tipo de tarea. A éstos últimos se les denominan factores complementarios, los cuales deben ser sumados (si corresponde) al porcentaje de incapacidad.

		% MAXIMO
· Edad:		
	41 - 50 años	2%
	51 - 55 años	3%
	56 - 60 años	5%
· Nivel:		
	Primaria (1°, 2°, 3°)	3%
	Primaria (4°, 5°, 6°)	
	Secundaria (1°, 2°, 3°)	2%
	Secundaria (4°, 5°, 6°)	1%

Otros niveles de enseñanza no mencionados deberán asimilarse a los niveles mencionados (ej. Niveles de nivel técnico o terciarios, etc.)

· Tipo de tareas habituales:		
	Tareas de baja carga psico-física	3%
	Tareas de mediana carga psico-física	5%
	Tareas de alta carga psico-física	7%

En la valoración del tipo de tareas, deberá tenerse en cuenta la calidad y cantidad de la carga psico-física, condiciones de trabajo y factores de riesgo en relación con el desempeño de la misma.

Para el otorgamiento de la pensión por invalidez, y en aquellos casos en donde no es posible adicionar los factores edad y tipo de tareas, se deberá adicionar un nuevo factor, atendiendo a la situación socioeconómica y posibilidad de inserción laboral del peticionante, de hasta un 12%.

SISTEMA HEMATOPOYETICO

I. INTRODUCCION

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos del sistema hematopoyético y su ubicación en clases.

La valoración del menoscabo que una enfermedad del sistema hematopoyético produzca en la capacidad de trabajo será evaluado luego que se hayan aplicado las correspondientes medidas terapéuticas (medicamentosas, quirúrgicas, rehabilitación), o después de un tiempo de ocurrido él o los episodios agudos.

El estudio del menoscabo debe tener una concordancia entre los síntomas clínicos, los estudios de laboratorio y funcionales. Para ello deberá contarse con los informes de los médicos tratantes e informes de la asistencia recibida en Instituciones del sistema de salud; los correspondientes estudios de laboratorio o funcionales pertinentes, así como los resultados de los estudios anátomo patológicos, si ellos se han realizado.

Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la evaluación final, por el o los médicos peritos actuantes.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

El sistema hematopoyético, presente en todo el organismo, es complejo y polimorfo; sus afecciones determinan distintos compromisos orgánicos y repercusión funcional.

Para la evaluación de la incapacidad se tendrá en cuenta no sólo la etiología de la afección sino también el tiempo de evolución, sus recidivas y complicaciones, el tipo de tratamiento, la respuesta al mismo y los protocolos cumplidos. Se deberá poner especial atención en el estado clínico y hematológico, para poder valorar la incidencia de la patología en la realización de sus tareas. En este tipo de patología, la persona no sólo podrá realizar o no las tareas de mayor o menor esfuerzo sino que deberán tenerse especial cuidado con las condiciones adversas ambientales del lugar de trabajo, como ser la presencia de sustancias hematotóxicas (solventes, etc.), radiaciones ionizantes, etc.

III. PROCEDIMIENTOS DE EVALUACION

Las enfermedades del sistema hematopoyético se objetivan por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio de él o los médicos peritos, solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica:

- Anamnesis (historia actual, antecedentes personales y familiares)
- Examen clínico
- Evolución en el tiempo
- Historia laboral
- Hemograma completo
- Estudio de lámina periférica
- Recuento plaquetario
- Reticulositosis
- Sideremia
- Ferritina y transferrina sérica
- Estudio completo de crásis sanguínea
- Estudio de función plaquetaria
- Estudio de sobrevida globular
- Electroforesis de hemoglobina
- Test de hemólisis
- Test de Coombs
- L.D.H. sérica
- Dosificación de folatos y vit. B12 sérica
- Fosfatasa alcalina del neutrófilo
- Anticuerpos anti factor intrínseco
- Metahemoglobina
- Gases arteriales
- Mielograma
- Biopsia de médula ósea, ganglio o hígado
- Centellograma hepato esplénico
- Estudio radioisotópico de pérdida sanguínea digestiva

- Estudios radiológicos contrastados del tubo digestivo
- Estudios endoscópicos del tubo digestivo
- Tomografía computarizada de tórax o abdomen

IV. AFECCIONES EVALUABLES

1) PRIMARIAS

A) Sistema Reticuloendotelial
B) Serie Roja
C) Serie Blanca
D) Hemostasia

2) SECUNDARIAS

Respecto de las afecciones secundarias; las mismas, originadas en otros órganos, tienen expresión similar a algunas patologías hematológicas. Se evaluarán por su etiología y su repercusión en este sistema, en forma combinada.

A) SISTEMA RETICULOENDOTELIAL

Es el encargado de la defensa del organismo por medio de los fagocitos, los anticuerpos humorales y la mediada por células; además da origen a los elementos formes de la sangre.

El menoscabo por alteraciones del sistema reticuloendotelial debe ser asignado de acuerdo a las repercusiones que produzca: anemia, alteraciones de los leucocitos y de las plaquetas, solos o en forma combinada.

MIELOMA:

Debe tenerse en cuenta:

a) localización de la lesión (hueso corto, calota, esternón, costillas, columna, huesos largos, huesos ilíacos)
b) tiempo de evolución y respuesta al tratamiento
c) compromiso visceral (renal)

GAMAPATÍA MONOCLONAL BENIGNA:

Con para-proteína, con infiltración medular, sin signos de progresión, debe considerarse como un menoscabo de grado leve.

HIPOPLASIA Y APLASIA

Leve: hipofunción medular del 10%, sangre periférica normal.

Moderada: hipofunción medular del 20 al 40%, anemia crónica.

Severa: supresión de > 70% del tejido hematopoyético.

MIELOFIBROSIS:

Se debe valorar según repercusión funcional, evolución y respuesta al tratamiento.

HIPERESPLENISMO:

Se debe valorar según repercusión funcional y respuesta al tratamiento médico o quirúrgico.

ESPLENECTOMIA:

Se debe valorar según etiología que produjo el acto quirúrgico, repercusión infecciosa recurrente. En general no es causal de incapacidad laboral.

B) SERIE ROJA

ANEMIAS CRONICAS

El impedimento se considera configurado por la persistencia de esta condición durante seis meses como mínimo, con persistencia en forma permanente del menoscabo.

La anemia puede no ser la única manifestación de enfermedad hematológica, puede asociarse a leucopenia y trombocitopenia o ambas. Los menoscabos producidos por cada una de ellas deberán ser valorados en forma combinada.

En el caso de anemia aplásica deberá considerarse como impedimento configurado después de efectuado el diagnóstico, excepto en aquellas personas sometidas a transplante medular, a quienes se evaluará un año después de realizado el procedimiento.

a) primarias
- microesferocítica
- talasemia major
- talasemia minor
- hemolíticas: se valorarán según su respuesta al tratamiento. Cuando cumplido el mismo, mantengan valores de hemoglobina por debajo de los 7 gr. deberán considerarse como severas.

b) secundarias
Se valorarán de acuerdo a etiología y compromiso hematológico.

POLICITEMIAS

La policitemia puede ser absoluta o relativa.

La policitemia relativa se debe a disminución del plasma sanguíneo y no es causa de menoscabo.

La policitemia absoluta puede ser de origen primario (policitemia Vera) o secundario.

La policitemia de origen secundario obedece a múltiples causas y el menoscabo estará dado por la etiología de la eritrocitosis.

C) SERIE BLANCA

El menoscabo que las alteraciones de los leucocitos produzcan y que coexistan con otras de las células del sistema hematopoyético (anemia, trombocitopenia), deberá ser valorado en forma combinada.

NEUTROPENIA severa idiopática con polimorfonucleares < 1000; si no responde al tratamiento, interfiere con las actividades laborales o el ambiente laboral es agresivo para el trabajador (ej. trabajos que exponen en forma habitual a contaminantes biológicos); se deberá considerar como un menoscabo de grado severo.

LEUCEMIAS:

a) Agudas: dependerá del tipo de leucemia, el genio de la enfermedad, el tratamiento y la respuesta al mismo; las recaídas y la posibilidad o no de transplante.
b) Crónicas: en general los estadíos I y II, presentan un bajo grado de severidad, permitiendo el desarrollo de actividades laborales, según tipo y condición de las mismas. Los estadíos III y IV, presentan las mismas condicionantes que lo mencionado para las leucemias agudas.

LINFOMAS: deberá tenerse en cuenta la estadificación y el agrupamiento en Hodgkin y No Hodgkin.

LINFOMAS HODGKIN:

Clasificación por estadíos:

- Estadío I: compromiso de una sola región linfática (glanglios), bazo, timo, anillo de Waldeyer, placas de Peyer) o de un solo órgano extralinfático (I-E).
- Estadío II: compromiso de dos o más regiones linfáticas en un mismo lado del diafragma. Puede acompañarse de compromiso localizado por contigüidad de un órgano o sitio extralinfático (II-E).
- Estadío III: compromiso de regiones linfáticas en ambos lados del diafragma; lo cual puede también ser acompañado de compromiso localizado por contigüidad de un órgano o sitio extralinfático (III-E) o de ambas estructuras (III-ES).
- Estadío IV: afección difusa o diseminada de uno o más órganos o sitios extralinfáticos sin relación de contigüidad con regiones ganglionares comprometidas o sin ellas.

Clasificación morfológica:

a) Predominio Linfocitario: linfocitos maduros con algunos histiocitos, escasas células de Reed-Stemberg. Suele ser un estadío temprano

b) Esclerosis Nodular: tejido linfoide con bandas de tejido colágeno, pueden estar ausentes las células de Reed-Stemberg. Suele ser un estadío temprano.
c) Celularidad Mixta: pleomorfismo celular (linfocitos, células plasmáticas, etc.) con abundantes células de Reed-Stemberg. Suele ser un estadío avanzado.
d) Deplección Linfocitaria: pocos linfocitos maduros, más abundantes los histiocitos y células de Reed-Stemberg. Suele ser un estadío avanzado.

LINFOMAS NO HODGKIN

Clasificación Morfológica:

Bajo Grado:

a) Linfoma maligno (linfocítico o células pequeñas coincidente con leucemia linfocítica crónica plasmocitoide)
b) Linfoma maligno folicular (predominantemente a células pequeñas hendidas, áreas difusas, esclerosis)
c) Linfoma maligno folicular (mixto, células pequeñas hendidas y células grandes, áreas difusas, esclerosis)

Grado Intermedio:

d) Linfoma maligno folicular (predominantemente a células grandes, áreas difusas, esclerosis)
e) Linfoma maligno difuso (células pequeñas, hendidas, esclerosis)
f) Linfoma maligno difuso (mixto, células pequeñas y grandes, componente celular epitelioide, esclerosis)
g) Linfoma maligno difuso (células grandes, hendidas, no hendidas, esclerosis)

Alto Grado:

h) Linfoma maligno (células grandes, inmunoblástico, plasmocitoide, células claras, polimorfo, componente celular epitelioide)
i) Linfoma maligno (linfoblástico, células cerebriformes, células no cerebriformes)
j) Linfoma maligno (células pequeñas no hendidas, Burkitt, áreas foliculares)

D) HEMOSTASIA

Existen diversos tipos de alteraciones hemorrágicas o de la coagulación. Por lo general estas personas presentan problemas de anemia crónica con episodios de reagudización por sangrados a diversos niveles. En estos casos el menoscabo deberá clasificarse de acuerdo a la severidad de la anemia.

Las complicaciones que deriven del desorden hemorrágico deberán evaluarse de acuerdo a los sectores involucrados y valorarse en forma combinada.

ALTERACIONES DE LAS PLAQUETAS

Las complicaciones que puedan surgir como consecuencia de un impedimento de las plaquetas, tales como hemorrágias o trombosis; deberán ser evaluadas de acuerdo al sistema o sistemas orgánicos afectados y su menoscabo valorado en forma combinada.

Púrpuras

Sin complicaciones no es causante de incapacidad laboral permanente. Si presentan cuadros hemorrágicos reiterados, la incapacidad será evaluada en función del compromiso del órgano dañado. La enfermedad de Rendú-Osler, en general no presenta incapacidad más que de tipo leve a mediano.

ALTERACIONES DE LOS FACTORES DE LA COAGULACION

Hemofilia

Puede presentar evolución leve o moderada en la cual, el tratamiento médico logra controlar la sintomatología. La valoración del menoscabo deberá tener presente las condiciones de trabajo y especialmente el riesgo de traumatismos.

En general puede considerarse que existe una evolución severa cuando se ha determinado la aparición de secuelas articulares invalidantes. Para la valoración del menoscabo debe tenerse presente lo ya expresado referente al tipo de tareas y condiciones de trabajo.

V. VALORACION DEL MENOSCABO

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR ANEMIA

	% Máximo
CLASE I.	
· Presenta síntomas mínimos de anemia · El nivel de hemoglobina en sangre es de 10 g/dl o más · No requiere transfusiones · No tiene limitaciones de la vida laboral o ella es mínima	0 - 15%
Clase II.	
· Presenta síntomas mínimos de anemia · El nivel de hemoglobina en sangre es de 9 g/dl o más · Puede requerir transfusiones · No tiene limitaciones de la vida laboral o ella es mínima	16 - 30%
Clase III.	
· Presenta síntomas moderados de anemia · El nivel de hemoglobina en sangre es de 8 g/dl o más · Puede requerir transfusiones en forma periódica · Puede tener limitaciones de la vida laboral	31 - 50%
Clase IV.	
· Presenta síntomas moderados a severos de anemia · El nivel de hemoglobina en sangre es de 7 g/dl o más · Requiere transfusiones en forma periódica · Tiene limitaciones de la vida laboral o ella es imposible	51 - 70%
Clase V.	
· Presenta síntomas severos de anemia · El nivel de hemoglobina en sangre es de 5 g/dl o más · Requiere transfusiones en forma periódica · No puede trabajar	71 - 100%

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO RELACIONADO CON POLICITEMIA

	% Máximo
Clase I.	
· Existen síntomas y signos clínicos de policitemia · El nivel de hemoglobina es elevado pero menor a 18 g/dl · Necesita tratamiento ocasional	0 - 15%
Clase II.	
· Existen síntomas y signos clínicos de policitemia · El nivel de hemoglobina en sangre es mayor a 18 g/dl · Requiere tratamiento permanente. Puede necesitar sangría de acuerdo a sintomatología del paciente	16 - 30%
Clase III.	
· Existen síntomas y signos clínicos de policitemia · El nivel de hemoglobina en sangre es mayor a 18 g/dl · Requiere tratamiento permanente con sangrías en forma periódica	31 - 50%
Clase IV.	
· Existen síntomas y signos clínicos de policitemia · El nivel de hemoglobina en sangre es mayor a 19 g/dl · Requiere tratamiento permanente con sangrías en forma periódica	51 - 70%
Clase V.	
· Existen síntomas y signos clínicos de policitemia · El nivel de hemoglobina en sangre es mayor a 19 g/dl	71 - 100%

- Requiere tratamiento permanente con sangrías en forma periódica
- Presenta alteraciones por repercusión cardíaca, cerebral y fenómenos trombóticos graves

CLASIFICACION DEL MENOSCABO PRODUCIDO POR ALTERACIONES DE LOS LEUCOCITOS

% Máximo

Clase I.

- Existen síntomas y signos clínicos de anormalidad de los leucocitos — 0-15%
- No requiere tratamiento
- No hay impedimento de las actividades de la vida laboral

Clase II.

- Existen síntomas y signos clínicos de anormalidad de los leucocitos — 16-30%
- Requiere tratamiento
- Puede continuar con las actividades de la vida laboral

Clase III.

- Existen síntomas y signos clínicos de anormalidad de los leucocitos — 31-50%
- Requiere tratamiento continuo
- Las actividades de la vida laboral se ven interferidas esporádicamente

Clase IV.

- Existen síntomas y signos clínicos de anormalidad de los leucocitos — 51-70%
- Requiere tratamiento continuo
- No puede realizar las actividades de la vida laboral

Clase V.

- Existen síntomas y signos clínicos de anormalidad de los leucocitos — 71-100%
- Requiere tratamiento continuo
- No puede realizar las actividades de la vida laboral
- Hay interferencias en las actividades de la vida cotidiana

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA PRODUCIDO POR IMPEDIMENTO EN EL SISTEMA RETICULOENDOTELIAL

% Máximo

Clase I.

- Existen síntomas y signos clínicos de afección del sistema reticuloendotelial
- No requiere tratamiento — 0-15%
- No hay impedimento para las actividades de la vida laboral

Clase II.

- Existen síntomas y signos clínicos de afección del sistema reticuloendotelial
- Requiere tratamiento — 16-30%
- Puede realizar actividades de la vida laboral

Clase III.

- Existen síntomas y signos clínicos de afección del sistema reticuloendotelial
- Requiere tratamiento continuo — 31-50%
- Puede realizar actividades de la vida laboral, pero con interferencias periódicas

Clase IV.

- Existen síntomas y signos clínicos de afección del sistema reticuloendotelial
- Requiere tratamiento continuo — 51-70%
- No puede realizar actividades de la vida laboral

Grado V.

- Existen síntomas y signos clínicos de afección del sistema reticuloendotelial
- Requiere tratamiento continuo — 71-100%
- No puede realizar actividades de la vida laboral
- Hay interferencias en las actividades de la vida cotidiana

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR LEUCEMIAS CRÓNICAS

% MÁXIMO

Leucemias Crónicas Linfáticas

- Estadíos I y II — 30%
- Estadíos III y IV — 70%

Leucemia Crónica Mieloide

- Sin crisis blásticas — 30%
- Con crisis blásticas — 70%

Leucemia a Células Velludas

70%

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR LINFOMAS

% MAXIMO

Linfoma Hodgkin

- Estadíos I y II — 10%
- Estadíos III y IV
  - a) con escasa o nula signología general — 30%
  - b) con signología general (pérdida de peso >10%, fiebre, etc.) acorde a respuesta al tratamiento — 70%

Linfoma No Hodgkin

- De bajo grado de malignidad — 10%
- De grado intermedio de malignidad. La incapacidad es variable de acuerdo a estado clínico general, tiempo de evolución y respuesta al tratamiento — 70%
- De alto grado de malignidad pero con remisión post-tratamiento — 10%
- De alto grado de malignidad, con recidiva — 70%

SISTEMA NERVIOSO

I. INTRODUCCIÓN

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos del sistema nervioso.

La valoración del menosabo que una enfermedad del sistema nervioso produzca en la capacidad de trabajo, será evaluada luego que se hayan aplicado las correspondientes medidas terapéuticas (medicamentosas, quirúrgicas, rehabilitación); o después de un tiempo de ocurrido él o los episodios agudos.

El estudio del menoscabo debe tener una concordancia entre los síntomas clínicos, los estudios de laboratorio o funcionales. Para ello deberá contarse con los informes de los médicos tratantes e informes de la asistencia recibida en Instituciones del sistema de salud, los correspondientes exámenes de laboratorio y funcionales pertinentes, así como los resultados de los estudios anátomo patológicos, si ellos se han realizado. Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la evaluación final, por parte de él o los médicos peritos actuantes.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

En esta sección deben valorarse los menoscabos producidos por impedi-

mentos de origen tumoral ya sean de tipo benigno o maligno, así como las secuelas neurológicas que persisten como consecuencia de los actos quirúrgicos. Las secuelas que involucren otros órganos o sistemas, deberán valorarse en las secciones correspondientes y sumarlas en forma combinada.

Esta sección se divide en:

1. Sistema Nervioso Central
- Cerebro - Cerebelo - Tronco Cerebral
- Pares craneanos
- Médula espinal

2. Sistema Nervioso Periférico

1. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

CEREBRO

Los impedimentos cerebrales pueden tener su origen en el Cerebro, Cerebelo y Tronco Cerebral. Las causas pueden ser vasculares, traumáticas, degenerativas, tumorales, bioeléctricas, metabólicas, autoinmunes, etc.
Para calificar el menoscabo en la capacidad de trabajo, que produzca el impedimento de origen cerebral, es necesario considerar las siguientes alteraciones funcionales:
1. Disfunciones sensitivas, motoras y autónomas
2. Disfunciones de la comunicación
3. Alteración de las funciones cognitivas e integradas del cerebro
4. Manifestaciones psíquicas de enfermedad neurológica orgánica
5. Disfunciones de la conciencia
6. Trastornos neurológicos episódicos

En la evaluación del impedimento ocasionado por disfunciones sensitivas, motoras, de la comunicación y/o áreas cognitivas, sólo se podrá determinar el menosabo después de un tratamiento médico y de rehabilitación, multidisciplinario, de por lo menos seis meses.
Al existir más de un tipo de alteraciones cerebrales, los porcentajes de menoscabo se suman en forma combinada.

1. Disfunciones Sensitivas, Motoras y Autónomas

Sensitivas

- Dolor o Disestesias
- Alteración de la astereognosis, propiocepción, vibración y discriminación de puntos.
- Parestesias o Hipoestesias
- Anestesias

Motoras

- Movimientos involuntarios (distonía, temblor, atetosis, corea, hemibalismo, disquinesias, micclonias)
- Alteraciones de la marcha (ataxia)
- Espasticidad
- Paresias (mono, hemi, para, cuadri)
- Plejias (mono, hemi, para, cuadri)

Potencia Muscular

- 0 nula actividad
- 1 vestigios de actividad muscular
- 2 potencia muscular a favor de la gravedad sin completar el arco normal de movilidad
- 3 potencia muscular a favor de la gravedad complentando el arco normal de movilidad
- 4 potencia muscular contra resistencia leve
- 5 potencia muscular contra resistencia fuerte (fuerza muscular normal)

Trofismo Muscular

- Se deberá evaluar comparando con el miembro contralateral

Autónomas

- cambios vasomotores (temperatura, color, edema e intolerancia al frío)
- cambios sudomotores
- cambios pilomotores
- cambios tróficos (textura de la piel, atrofia de pulpejos, cambios ungueales y crecimiento de vellos)

2. Disfunciones de la Comunicación

La disfunción de la comunicación puede ser por: disartria o afasia.

3. Alteraciones de las Funciones Cognitivas e integradas del Cerebro

Son fundamentalmente producidas por daño orgánico cerebral con: alteraciones de la orientación, comprensión, memoria y comportamiento. Estas alteraciones deben ser comprobadas por estudio neuropsicológico.

4. Manifestaciones Psíquicas de Alteraciones Neurológicas Orgánicas

Las manifestaciones pueden ser: irritabilidad, apatía, euforia, depresión, mutismo, etc.

5. Disfunciones de la Conciencia

Los impedimentos cerebrales que ocasionan disfunciones de la conciencia pueden producir: estados confusionales, somnoliencia, estupor, obnubilación y/o coma, los cuales deberán considerarse como definitivos una vez transcurridos los tiempos de tratamiento y rehabilitación estipulados.

6. Trastornos Neurológicos Episódicos

Entre estos trastornos se pueden mencionar: cuadros sincopales, epilepsia, catalepsia, narcolepsia y vértigo. La valoración deberá tener en cuenta los caracteres del cuadro clínico y de la frecuencia y circunstancias de aparición de estos trastornos. En estos casos deberá especialmente relacionarse la tarea que realiza la persona y el riesgo para sí mismo como para terceros.

MÉDULA ESPINAL

Los impedimentos por alteraciones de la médula espinal son los siguientes:

- Disfunciones sensitivas y motoras
- Respiración
- Función vesical
- Función ano-rectal
- Función sexual

2. SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO

La comprobación del daño neural se hará por métodos clínicos y/o electrofisiológicos y/o imagenológicos.

En esta sección se deben distinguir:

a) Neuroapráxias: son por definición reversibles y por lo tanto no serán causa de menoscabo
b) Axonotmésis: podrán revertir con restitución completa o parcial. El daño definitivo deberá estar demostrado por la clínica y los estudios electrofisiológicos correspondientes (estudios de conducción nerviosa, electromiograma, etc.)
c) Neurotmésis: en general pueden tener alternativa terapéutica por cirugía. El daño definitivo deberá estar demostrado por la clínica y los estudios electrofisiológicos correspondientes.

Los menoscabos de estos impedimentos deberán ser evaluados al término de 1 año de evolución post-operatoria; las polineuropatías de cualquier origen deberán ser valoradas no antes de transcurridos 9 meses desde el inicio del tratamiento.
Para valorar el menoscabo en la capacidad de trabajo deberán considerarse las disfunciones sensitivas, motoras y autónomas, de acuerdo al siguiente esquema:

1. DISFUNCIONES SENSITIVAS

- Dolor, Disestesias o alteración de la temperatura
- Alteración de la propiocepción, vibración, discriminación de dos puntos
- Parestesias o Hipoestesias
- Anestesias

2. DISFUNCIONES MOTORAS

Se valoraran de acuerdo a:

Potencia Muscular

- 0 Nula actividad
- 1 Vestigios de actividad muscular
- 2 Potencia muscular a favor de la gravedad, sin completar el arco normal de movilidad
- 3 Potencia muscular a favor de la gravedad, completando el arco normal de movilidad
- 4 Potencia muscular contra resistencia leve
- 5 Potencia muscular contra resistencia fuerte (fuerza muscular normal)

Trofismo Muscular

Se deberá evaluar comparando con el miembro contralateral.

Evaluación Mecanopostural

- Distonía
- Temblor
- Fasciculación
- Postura
- Marcha

3.DISFUNCIONES AUTONÓMICAS

- Cambios vasomotores (temperatura, color, edema e intolerancia al frío)
- Cambios sudomotores
- Cambios pilomotores
- Cambios tróficos (textura de la piel, atrofia, de pulpejos, cambios ungueales y crecimiento de vellos)

La valoración del menoscabo se efectúa considerando las disfunciones sensitivas, motoras y autónomas por separado. El valor asignado a cada disfunción, se suma en forma combinada para obtener el menoscabo parcial de la extremidad. Luego, el menoscabo de la extremidad, se debe llevar a conversión a menoscabo global de la persona en las Tablas Nº 1 y Nº 2, que figuran al fin del capítulo.

III. PROCEDIMIENTOS DE EVALUACION

Las enfermedades del sistema nervioso se objetivan por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio de él o los médicos peritos, solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica:

- Anamnesis (historia actual, antecedentes personales y familiares)
- Examen clínico
- Evolución en el tiempo
- Historia laboral
- Estudios de laboratorio de valoración general
- Electroencefalograma
- Radiografía de cráneo frente y perfil
- Arteriografía
- Ecodoppler vascular
- Centellografía
- Tomografía de cráneo y/o raquis
- Resonancia nuclear magnética de cráneo y/o raquis
- Electromiograma
- Estudio de velocidad de conducción nerviosa
- Estudio de potenciales evocados somatosensoriales
- Estudio neuropsicológico
- Valoración oftalmológica (si corresponde)
- Valoración otorrinolaringológica (si corresponde)
- Valoración psiquiátrica (si corresponde)

IV. PRINCIPALES AFECCIONES QUE PRODUCEN MENOSCABO

El objetivo de la siguiente lista tiene como finalidad el mero hecho ilustrativo, no considerándose excluyentes aquellas afecciones no mencionadas y que a juicio de los médicos peritos actuantes, correspondan ser valoradas en este capítulo*:

Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central.
- Meningitis de diversas etiologías (sus secuelas)
- Encefalitis, mielitis, encefalomielitis de diversas etiologías (sus secuelas)
- Absceso y granuloma intracraneal e intrarraquídeo (sus secuelas)
- Flebitis y tromboflebitis intracraneal e intrarraquídea (sus secuelas)

Atrofias sistémicas que afectan principalmente al sistema nervioso central
- Enfermedad de Huntington (Corea de Huntington)
- Ataxia hereditaria (Ataxia cerebelosa de iniciación tardía)
- Atrofia muscular espinal (Esclerosis Lateral Amiotrófica)

Trastornos extrapiramidales y del movimiento
- Enfermedad de Parkinson
- Parkinsonismo secundario (por drogas, por agentes externos, postencefalítico, etc.)
- Distonía (disquinesia) (por drogas, etc.)
- Otros trastornos extrapiramidales y del movimiento (temblor inducido por drogas, mioclonias por drogas, corea por drogas)

Otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso

- Enfermedad de Alzheimer
- Degeneración del sistema nervioso debida al alcohol

Enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central
- Esclerosis múltiple

Otras enfermedades de la médula espinal

- Siringomielia
- Mielopatías vasculares
- Compresión medular
- Mielopatías por drogas
- Mielopatías por radiación

Trastornos episódicos y paroxísticos
- Epilepsia
- Estado de gran mal epiléptico
- Ataques de isquemia cerebral transitoria

Trastornos de los nervios, de las raíces y de los plexos nerviosos
- Neuralgia del trigémino
- Parálisis facial
- Trastornos de otros pares craneales (excluye: nervio óptico y nervio auditivo)
- Trastornos de las raíces y de los plexos nerviosos
- Monoparesias del miembro superior (síndrome del túnel carpiano, lesiones del nervio cubital, lesiones del nervio radial)
- Monoparesias del miembro inferior

Polineuroparías y otros trastornos del sistema nervioso periférico
- Polineuropatía inflamatoria (Síndrome de Guillain-Barré, fuera de episodio agudo)
- Polineuropatía inducida por drogas
- Polineuropatía alcohólica
- Polineuropatía inducida por agentes externos (agentes tóxicos, radiaciones, etc.)
- Polineuropatías en enfermedades infecciosas y parasitarias
- Polineuropatía diabética

Enfermedades musculares y de la unión neuromuscular
- Miastenia gravis
- Miopatía inducida por drogas
- Miopatía alcohólica

Enfermedades cerebrovasculares
- Hemorrágia subaracnoidea (sus secuelas)
- Hemorrágia intraencefálica (sus secuelas)
- Infarto cerebral (sus secuelas)
- Aneurismas de arterias cerebrales (sus secuelas)

Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos
- Hemiplejia
- Paraplejia

- Cuadriplejía
- Monoplejía de miembro superior o inferior
- Síndrome de la cola de caballo

Tumores del sistema nervioso

- Tumores benignos (meningiomas, etc.)
- Tumores malignos
- Secundarismo

Otros trastornos del sistema nervioso

- Hidrocefalia
- Síndrome de Reye
- Encefalopatía por radiación
- Secuelas de cirugía cráneo-encefálica de cualquier origen (postraumática, tumoral, etc.)

* Para la enumeración de estas afecciones se ha tomado como guía principal a la "Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud" (CIE/10). Décima revisión (1995). OPS/OMS.

V. VALORACION DEL MENOSCABO

1. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

A) CEREBRO

La valoración del menoscabo se efectúa considerando las disfunciones motoras, sensitivas y autonómicas por separado, según las tablas.
El valor asignado a cada disfunción se suma combinado para obtener el menosabo global de la extremidad. Luego el menoscabo de la extremidad se debe llevar a conversión a menoscabo global de la persona en las tablas Nº 1 y Nº 2 en la sección de sistema nervioso periférico.

IMPEDIMENTOS MOTORES		
		% MAXIMO
0	Nula actividad	40%
1	Vestigios de actividad muscular	30%
2	Potencia muscular a favor de la gravedad sin completar el arco	15%
3	Potencia muscular a favor de la gravedad Completando el arco	10%
4	Potencia muscular contra resistencia leve	5%
5	Potencia muscular contra resistencia fuerte	0%

IMPEDIMENTOS SENSITIVOS	
	% MAXIMO
· Dolor o Disestecias	35%
· Alteración de la propiocepción	20%
· Parestesias o Hipoestesias	10%
· Anestesias	35%

DISFUNCIONES DE LA COMUNICACION (Menoscabo global)	
	% MAXIMO
· Dificultad moderada en la expresión verbal con comprensión conservada	50%
· Dificultad severa en la expresión verbal con comprensión conservada	70%
· Afasia sensitiva y/o motora	100%

ALTERACION DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS E INTEGRADAS DEL CEREBRO (Menoscabo global)	
	% MAXIMO
· No necesita supervisión	15%
· Necesita supervisión y orientación permanente	50%
· Necesita estar confinado en el hogar y no puede cuidar de sí mismo	100%

MANIFESTACIONES PSÍQUICAS (Menoscabo global)	
	% MAXIMO
· Las tiene mínimas y/o sólo bajo tensión fuerte	20%
· Las tiene en grado leve bajo tensiones ordinarias	50%
· Las tiene en grado moderado bajo tensiones ordinarias	70%
· Las tiene en grado severo que lo pone en peligro a él y a otros	100%

DISFUNCIONES DE LA CONCIENCIA (Menoscabo global)	
	% MAXIMO
· Confusión	50%
· Estupor	70%
· Obnubilación	100%

TRASTORNOS NEUROLÓGICOS EPISODICOS (Menoscabo Global)	
	% MAXIMO
· Interferencia leve en las actividades de la vida laboral	35%
· Interferencia moderada en las actividades de la vida laboral	50%
· Interferencia severa en las actividades de la vida laboral necesita supervisión y orientación constante	100%

B) PARES CRANEANOS

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS EN LOS NERVIOS CRANEALES

	% MAXIMO
I) IOLFATORIO	
Anosmía unilateral	0%
Anosmía bilateral	5%
II) OFTALMICO	
Se valora en el capítulo correspondiente a visión.	
III) MOTOR OCULAR COMÚN	
IV) PATÉTICO	
VI) MOTOR OCULAR EXTERNO	
Imposibilidad de ver una sola imagen, pero puede ser corregida tapándose un ojo	5%
V) TRIGEMINO	
Anestesia simple unilateral	10%
Neuralgia moderada persistente	25%
Neuralgia severa persistente	35%
Pérdida motora unilateral	50%
Pérdida motora bilateral	30%
V) FACIAL	
Pérdida completa del gusto - Ageusia	5%
Parálisis facial unilateral leve	5%
Parálisis facial bilateral leve	20%
Parálisis facial unilateral severa	20%
Parálisis facial bilateral severa	45%
VIII) AUDITIVO	
Coclear	
Las hipoacusias se valoran en el capítulo correspondiente a Órganos de los sentidos (audición)	
Vértigo con Desequilibrio	
Se valoran con trastornos del equilibrio en el capítulo correspondiente.	
IX- GLOSOFARINGEO	
X) NEUMOGÁSTRICO	
XI) ESPINAL	
Menoscabo de la Deglucion (disfagia)	
Tolera dieta semi-sólida	30%
Tolera dieta líquida	70%
Alimentación enteral	100%

Menoscabo en el habla (disartria)	
Puede hablar la mayoría de las veces	10%
Puede hablar con errores	20%
Puede hablar fatigándose fácilmente	35%
Puede hablar sólo fonemas básicos	50%
No puede hablar	70%
XII) HIPOGLOSO	
Parálisis unilateral	0%
Parálisis bilateral	10%

C) MEDULA ESPINAL

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL POR IMPEDIMENTOS DE LA MEDULA ESPINAL

% MAXIMO

DISFUNCIONES SENSITIVO-MOTORAS

a) Recuperación completa, existe preservación motora voluntaria con buena función. La persona es ambulatoria, sin requerir aditamento de apoyo en la marcha. 30%

b) Existe preservación motora voluntaria con alteración funcional (no logra la marcha sin apoyo, requiere un bastón). La función sensitiva puede estar preservada o no. 50%

c) Existe preservación motora voluntaria no funcional (no logra la marcha sin apoyo, requiere dos bastones). La función sensitiva está alterada (por debajo de la lesión medular) en forma de disestesias, hipoestesias, parestesias de mediana intensidad. 70%

d) Existe déficit motor y sensitivo completo por debajo de la lesión medular. 100%

RESPIRACION

Dificultad con el esfuerzo	50%
Dificultad que limita la marcha	70%
Dificultad en reposo	100%

FUNCION VESICAL

Buena actividad refleja, sin control voluntario (micción imperiosa)	20%
Mala actividad refleja, sin control voluntario	35%
Ausencia de control reflejo o voluntario	50%

FUNCION ANO RECTAL

Control voluntario limitado	20%
Regulación refleja presente, sin control voluntario	35%
Ausencia de control reflejo o voluntario	50%

FUNCION SEXUAL

Se valorará según parámetros contenidos en el capítulo de impedimentos del aparato genital y urinario. En sí misma no es considerada incapacitante para el trabajo

2. SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO

IMPEDIMENTOS MOTORES	
	% MAXIMO
· 0 Nula actividad	40%
· 1 Vestigios de actividad muscular	30%
· 2 Potencia muscular a favor de la gravedad sin completar el arco normal de movilidad	15%
· Potencia muscular a favor de la gravedad Completando el arco normal de movilidad	10%
· Potencia muscular contra resistencia leve	5%
· Potencia muscular contra resistencia fuerte (fuerza normal)	0%

IMPEDIMENTOS SENSITIVOS	
	% MAXIMO
· Dolor o Disestesias	35%
· Alteración de la propiocepción	20%
· Parestesias o Hipoestesias	10%
· Anestesias	35%

A continuación se analizan los siguientes segmentos:

- plexos nerviosos espinales
- raíces de nervios espinales
- nervios espinales nominados
- nervios periféricos

Los porcentajes que se expresan en estas tablas, vienen expresados en forma unilateral. Cuando exista compromiso bilateral, los menoscabos deberán ser determinados separadamente y convertirlos cada uno en menoscabo global de la persona y finalmente sumarlos en forma combinada.
Los porcentajes asignados a la extremidad superior, figuran en términos de extremidad dominante; este valor deberá ser reducido en un 5% si el menoscabo valorado se trata de la extremidad superior no dominante.
Para convertir los menoscabos parciales de las extremidades superior e inferior, en menoscabo global de la persona, se deben aplicar las tablas de conversión Nº 1 y Nº 2 de éste capítulo.

PLEXOS NERVIOSOS ESPINALES

VALORACION DEL MENOSCABO POR IMPEDIMENTO EN EL PLEXO BRAQUIAL UNILATERAL

NIVEL	MENOSCABO PARCIAL POR DISFUNCION SENSITIVA	MENOSCABO PARCIAL POR DISFUNCION MOTORA	MENOSCABO PARCIAL DE EXTREMIDAD SUPERIOR
TRONCO SUPERIOR (ERB) (C5-C6)	0%-100%	0%-100%	0%-100%
TRONCO MEDIO (C7) (REMICK)	0%-50%	0%-70%	0%-85%
TRONCO INFERIOR (C8-T1) (KLUMPKE)	0%-50%	0%-70%	0%-85%

VALORACION DEL MENOSCABO POR IMPEDIMENTOS EN EL PLEXO LUBOSACRO UNILATERAL

MENOSCABO PARCIAL POR DISFUNCION SENSITIVA	MENOSCABO PARCIAL POR DISFUNCION MOTORA	MENOSCABO PARCIAL EXTREMIDAD INFERIOR
0%-40%	0%-50%	0%-70%

En este plexo deberá considerarse el daño en la inervación intestinal, vesical y de los órganos sexuales

RAICES DE NERVIOS ESPINALES

VALORACION DEL MENOSCABO POR IMPEDIMENTO UNILATERAL RAIZ DE NERVIO ESPINAL

RAIZ DE NERVIO ESPINAL	MENOSCABO PARCIAL POR DISFUNCION SENSITIVA	MENOSCABO PARCIAL POR DISFUNCION MOTORA	MENOSCABO PARCIAL DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR
C-5	0%-5%	0%-30%	0%-34%
C-6	0%-8%	0%-35%	0%-40%
C-7	0%-5%	0%-35%	0%-38%
C-8	0%-5%	0%-45%	0%-48%
T-1	0%-5%	0%-20%	0%-24%
L-3	0%-5%	0%-20%	0%-24%
L-4	0%-5%	0%-35%	0%-38%
L-5	0%-5%	0%-40%	0%-43%
S-1	0%-5%	0%-45%	0%-48%

RAICES TORACICAS

VALORACION DEL MENOSCABO POR IMPEDIMENTO RAICES TORACICAS		
	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR ALTERACION UNILATERAL	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR ALTERACION BILATERAL
Cualquiera de 2 raíces torácicas	0%-5%	0%-10%
Cualquiera de 5 raíces torácicas	5%-15%	10%-28%
Cualquiera de más de 5 raíces torácicas	15%-35%	28%-58%

NERVIOS ESPINALES NOMINADOS

1. CABEZA Y CUELLO

VALORACION DEL MENOSCABO POR IMPEDIMENTO UNILATERAL DEL NERVIO ESPINAL

	MENOSCABO PARCIAL POR DISFUNCION SENSITIVA	MENOSCABO PARCIAL POR DISFUNCION MOTORA	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
Occipital Mayor	0%-5%	0%	0%-5%
Occipital Menor	0%-3%	0%	0%-3%
Gran Auricular	0%	0%-10%	0%-10%
Secundario o			
Accesorio (Secundario	0%	0%-10%	0%-10%
Espinal)			

NOTA: Para la valoración de los menoscabos en los impedimentos Bilaterales se calificarán sumándolos en forma combinada.

EXTREMIDAD SUPERIOR

VALORACION DEL MENOSCABO POR IMPEDIMENTO UNILATERAL DE NERVIO PERIFERICO

NERVIO	Menoscabo Parcial por Disfunción Sensitiva	Menoscabo Parcial por Disfunción Motora	Menoscabo Parcial por Disfunción Motora	Menoscabo Parcial de la Extremidad Superior
Torácico Anterior	0%	0%-5%		0%-5%
Axilar	0%-5%	0%-35%		0%-38%
Dorsoescapular	0%	0%-5%		0%-5%
Torácico Largo	0%	0%-15%		0%-15%
Antebraquio Cutáneol Medial	0%-5%	0%		0%-5%
Braquio Cutáneo Medial	0%-5%	0%		0%-5%
Mediano (Proximal a Mitad del Antebrazo)	0%-40%	0%-55%		0%-73%
Mediano (Distal a Mitad del Antebrazo	0%-40%	0%-35%		0%-61%
Músculo Cutáneo	0%-5%	0%-25%		0%-29%
Radial	0%-5%	0%-55%		0%-29
Subescapular (superior e inferior)	0%	0%-55%		0%-57%
Supraescapular	0%-5%	0%-15%		0%-19%
Toracordorsal	0%	0%-10%		0%-10%
Cubital (Proximal a mitad del antebrazo)	0%-10%	0%-35%		0%-42%
Cubital (Distal a mitad del antebrazo	0%-10%	0%-25%		0%-33%
Rama Radial del Pulgar	0%-7%	0%	0%-20%	0%-7%
Rama cubital del Pulgar	0%-11%	0%	0%-30%	0%-1%
Rama Radial del Indice	0%-5%	0%	0%-30%	0%-5%
Rama Cubital del Indice	0%-4%	0%	0%-20%	0%-4%
Rama Radial del Dedo Medio	0%-5%	0%	0%-30%	0%-5%
Rama Cubital del Dedo Medio	0%-4%	0%	0%-20%	0%-4%
Rama Radial del Anular	0%-3%	0%	0%-30%	0%-3%
Rama Cubital del Dedo Anular	0%-2%	0%	0%-20%	0%-2%
Rama Radial del Meñiqu	0%-2%	0%	0%-30%	0%-2%
Rama Cubital del Meñiqu	0%-2%	0%	0%-30%	0%-2%

EXTREMIDAD INFERIOR

VALORACION DEL MENOSCABO POR IMPEDIMENTO UNILATERAL DE NERVIO PERIFERICO

NERVIO	MENOSCBO PARCIAL POR DISFUNCION SENSITIVA	MENOSCABO PARCIAL POR DISFUNCION MOTORA	MENOSCABO PARCIAL DE LA EXTREMIDAD INFERIOR
Femoral	0%-5%	0%-35%	0%-38%
Femoral (Distal al ligamento inguinal)	0%-5%	0%-30%	0%-34%
Genitofemoral	0%-5%	0%	0%-5%
Gluteo Inferior	0%	0%-25%	0%-25%
Fémoro Cutáneo Lateral	0%-10%	0%	0%-10%
Obturador Interno	0%	0%-10%	0%-10%
Piriforme	0%	0%-10%	0%-10%
Obturador	0%	0%-10%	0%-10%
Cutáneo Posterior Muslo	0%-5%	0%	0%-5%
Gluteo Superior	0%	0%-20%	0%-20%
Ciático	0%-25%	0%-75%	0%-81%
Peroneo Común Lateral	0%-5%	0%-35%	0%-38%
Profundo	0%	0%-25%	0%-25%
Superficial	0%-5%	0%-10%	0%-14%
Nervio Tibial			
Proximal a Rodilla	0%-15%	0%-35%	0%-45%
Tibial Posterior	0%-15%	0%-25%	0%-33%
Nervio Plantar Lateral	0%-5%	0%-5%	0%-10%
Nervio Plantar Medio	0%-5%	0%-5%	0%-10%
Sural	0%-5%	0%	05%-5%

TABLA DE CONVERSION Nº 1

TABLA DE CONVERSION DEL MENOSCABO PARCIAL DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR EN MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA

Extremidad Superior	Persona Global	Extremidad Superior	Persona Global	Extremidad Superior	Persona Global	Extremidad Superior	Persona Global	Extremidad Superior	Persona Global
0%	0%	20%=	12%	40%=	24%	60%=	36%	80%=	48%
1%	1%	21%=	13%	41%=	25%	61%=	37%	81%=	49%
2%	1%	22%=	13%	42%=	25%	62%=	37%	82%=	49%
3%	2%	23%=	14%	43%=	26%	63%=	38%	83%=	50%
4%	2%	24%=	14%	44%=	26%	64%=	38%	84%=	50%
5%	3%	25%=	15%	45%=	27%	65%=	39%	85%=	51%
6%	4%	26%=	16%	46%=	28%	66%=	40%	86%=	52%
7%	4%	27%=	16%	47%=	28%	67%=	40%	87%=	52%
8%	5%	28%=	17%	48%=	29%	68%=	41%	88%=	53%
9%	5%	29%=	17%	49%=	29%	69%=	41%	89%=	53%
10%	6%	30%=	18%	50%=	30%	70%=	42%	90%=	54%
11%	7%	31%=	19%	51%=	31%	71%=	43%	91%=	55%
12%	7%	32%=	19%	52%=	31%	72%=	43%	92%=	55%
13%	8%	33%=	20%	53%=	32%	73%=	44%	93%=	56%
14%	8%	34%=	20%	54%=	32%	74%=	44%	94%=	56%
15%	9%	35%=	21%	55%=	33%	75%=	45%	95%=	57%
16%	10%	36%=	22%	56%=	34%	76%=	46%	96%=	58%
17%	10%	37%=	22%	57%=	34%	77%=	46%	97%0	58%
18%	11%	38%=	23%	58%=	35%	78%=	47%	98%=	59%
19%	11%	39%=	23%	59%=	35%	79%=	47%	99%=	59%
								100%=	60%

TABLA DE CONVERSION Nº 2

TABLA DE CONVERSION DEL MENOSCABO PARICAL DE LA EXTREMIDAD INFERIOR EN MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA

MENOSCABO EXTREMIDAD INFERIOR	PERSONA GLOBAL	MENOSCABO EXTREMIDAD INFERIOR	PERSONA GLOBAL
0%	0%	46%	18%
1%	0%	47%	19%
2%	1%	48%	19%
3%	1%	49%	20%
4%	2%	50%	20%
5%	2%	51%	20%
6%	2%	52%	21%
7%	3%	53%	21%
8%	3%	54%	22%
9%	4%	55%	22%
10%	4%	56%	22%
11%	4%	57%	23%
12%	5%	58%	23%
13%	5%	59%	24%
14%	6%	60%	24%
15%	6%	61%	24%
16%	6%	62%	25%
17%	7%	63%	25%
18%	7%	64%	26%
19%	8%	65%	26%
20%	8%	66%	26%
21%	8%	67%	27%
22%	9%	68%	27%
23%	9%	69%	28%
24%	10%	70%	28%
25%	10%	71%	28%
26%	10%	72%	29%
27%	11%	73%	29%
28%	11%	74%	30%
29%	12%	75%	30%
30%	12%	76%	30%
31%	12%	77%	31%
32%	13%	78%	31%
33%	13%	79%	32%
34%	14%	80%	32%
35%	14%	81%	32%
36%	14%	82%	33%
37%	15%	83%	33%
38%	15%	84%	34%
39%	16%	85%	34%
40%	16%	86%	34%
41%	16%	87%	35%
42%	17%	88%	35%
43%	17%	89%	36%
44%	18%	90%	36%
45%	18%	91%	36%
		92%	37%
		93%	37%
		94%	38%
		95%	38%
		96%	38%
		97%	39%
		98%	39%
		99%	40%
		100%	40%

VI. ANEXO TECNICO

- **Epilepsia - Gran Mal**

La epilepsia tipo gran mal o psicomotora con menoscabo de grado severo: debe ser documentada por electroencefalograma y ser acompañada de la descripción del patrón de un ataque típico, incluyendo todos los fenómenos asociados que se presentan, los cuales tienen una frecuencia mayor a uno por mes, después de un mínimo de seis meses de tratamiento bajo protocolo actual y bien controlado. Puede ser necesario solicitar el monitoreo biológico de las drogas administradas si ello es posible.
O bien:

- Episodios diurnos de pérdida de conciencia
- Episodios nocturnos con períodos de aura prolongada que intefieren en forma significativa con la actividad durante el día.
- Que se haya producido como consecuencia de la enfermedad, un daño orgánico cerebral significativo, demostrado por electroencefalograma.

En todos los casos debe prestarse especial atención a la profesión habitual que realiza la persona, tomando en cuenta los siguientes parámetros:

a) Ocupaciones de riesgo para terceros (conductor de automotores, piloto de avión, operador de grúas, etc.)
b) Ocupaciones con riesgo personal (trabajo en altura, electricista,

operario de maquinas en movimiento como ser: tejeduría, balancín, maquinaria de carpintería, etc.)
c) Ocupaciones de tipo administrativo (secretaria, funcionario bancario, etc.)
d) Otras ocupaciones que a criterio de él o los peritos actuantes, puedan ser considerada de riesgo.

· **Epilepsia - Pequeño mal y Focal**

La epilepsia tipo pequeño mal y la focal que presentan un menoscabo de grado severo debe ser: documentada por electroencefalograma y descripción del patrón de un ataque típico, incluyendo todos los fenómenos asociados que se presentan con una frecuencia mayor de uno por semana a pesar del tratamiento con protocolos actuales y bien llevado durante un período de seis meses.
En todos los casos debe prestarse especial atención a la profesión habitual que realiza la persona, tomando en cuenta los parámetros considerados en el punto anterior.

· **Insuficiencia circulatoria cerebral**
Se debe valorar de acuerdo a la existencia o no de signos neurológicos objetivos: signos deficitarios motores (parkinsonismo, piramidalismo, etc.), déficit intelectual, alteraciones psíquicas y las alteraciones en las pruebas complementarias como Eco-Doppler vascular, tomografía computarizada, etc.

· **Accidente Cerebro Vascular**

El menoscabo de grado severo podrá manifestarse por la persistencia de una de las siguientes alteraciones, posterior a no menos de 9 meses de acontecido el accidente cerebro vascular.

1. Afasia motora o sensorial que da por resultado habla o comunicación ineficaz.
2. Desorganización persistente y significativa de la función motora de dos extremidades (hemiparesia o hemiplejía), dando como resultado una alteración en el patrón de marcha y postura de la persona así como una notoria dificultad en la manipulación de objetos; que le impidan la realización de su trabajo o las tareas domésticas habituales.

· **Síndrome Vertiginoso**
Sin signos objetivos y con examen clínico normal, no debe considerarse como incapacitante.
Con signos objetivos: desequilibrio en la marcha, Romberg positivo, valorar de acuerdo a capacidad para realizar tareas domésticas habituales, patrón de marcha, etc.
En todos los casos tener en cuenta tipo de actividad laboral y sobre todo la situación de riesgo para terceros y para sí mismo.

· **Tumores Cerebrales**

Se podrán considerar como portadores de un menoscabo de grado severo a las personas portadoras de un tumor cerebral benigno o maligno, las cuales dependiendo de su localización, extensión, cuadro clínico, posibilidades terapéuticas, etc.; produzcan daño orgánico cerebral o déficit neurológico el cuál será valorado de acuerdo a las tablas correspondientes.

· **Síndrome de Parkinson**

Se podrán considerar como portadores de un menoscabo de grado severo a las personas portadoras de un síndrome de Parkinson que presente rigidez significativa permanente, bradiquinesia o temblor en dos extremiddes que den como resultado una alteración de la marcha o la postura.
Ello se podrá considerar como definitivo siempre que se compruebe que se encuentra bajo tratamiento con protocolos actuales, bien llevado, y por un período no menor a seis meses. También deberán considerarse como parte del menoscabo a las complicaciones motoras consideradas irreversibles, producto del tratamiento medicamentoso instituido.

· **Traumatismo Cráneo Encefálico**

Se podrán considerar como portadores de un menoscabo de grado severo a las personas que han tenido un traumatismo cráneo encefálico y que han quedado secuelas, las cuales serán valoradas de acuerdo a las tablas correspondientes de valoración del menoscabo. Las secuelas de tipo psíquico, podrán ser valorarlas en el capítulo correspondiente de Impedimento Mental y sumarlas al menoscabo neurológico orgánico.

MEDULA ESPINAL

· **Lesiones de la Médula Espinal**

El menoscabo producido por las lesioens de la médula espinal podrá ser considerado como de grado severo cuando se constate objetivamente la presencia de una desorganización persistente y significativa de la función motora de al menos dos extremidades, comprometiendo movimientos, patrón de marcha y postura de la persona.

· **Esclerosis Múltiple**

Se podrá considerar a la persona como portadora de un menoscabo de grado severo, cuando presente algunas de las siguientes alteraciones:

- Desorganización persistente y significativa de la función motora de al menos dos extremidades, comprometiendo movimientos, patrón de marcha y postura del trabajador.
- Alteración visual o mental según el criterio aplicado en los sectores correspondientes a visión e impedimento mental.
- Anormalidades electrofisiológicas en los potenciales visuales, somatosensoriales y auditivos del tronco cerebral.

· **Esclerosis Lateral Amiotrófica**

Se considerará como portadora de un menoscabo de grado severo a la persona que presente alguna de las siguientes alteraciones:
- Compromiso bulbar importante
- Desorganización persistente y significativa de la función motora de al menos dos extremidades, comprometiendo movimientos, patrón de marcha y postura de la persona.

· **Poliomielitis anterior**

Se considerará como portadora de un menoscabo de grado severo a la persona que presente alguna de las siguientes alteraciones:
- dificultad persistente al deglutir o respirar
- habla ininteligible
- desorganización persistente y significativa de la función motora de al menos dos extremidades, comprometiendo movimientos, patrón de marcha y postura de la persona

· **Tabes Dorsal**

Se considerá como portadora de un menoscabo de grado severo a la persona que presente alguna de las siguientes alteraciones:
- crisis tabética más de una vez por mes
- marcha atáxica o vacilante que causa limitación importante del movimiento, verificado mediante signos de alteración persistente de los cordones posteriores de la médula espinal
- potenciales evocados somotosensoriales anormales

· **Impedimentos Degenerativos**

Se podrá considerar como portadora de un menoscabo de grado severo a la persona portadora de una ataxia de Friedriech y otras que presente algunas de la siguientes alteraciones:
- Desorganización persistente y significativa de la función motora
- Daño orgánico cerebral, según se establece en la sección de Impedimento Mental

· **Siringomielia**

Se podrá considerar como portadora de un menoscabo de grado severo a la persona portadora de las siguientes alteraciones:
- Alteraciones bulbares significativas
- Desorganización persistente y significativa de la función motora, de al menos dos extremidades, comprometiendo movimientos, patrón de marcha y postura de la persona
- Potenciales evocados somatosensoriales anormales
- Resonancia nuclear magnética alterada (que demuestre la cavidad).

· **Miastenia Gravis**

Se podrá considerar como portadora de un menoscabo de grado severo a la persona que presente alguna de la siguientes alteraciones:
- Debilidad importante de los músculos de las extremiddes que comprometa el movimiento, postura o marcha; a pesar de encontrarse bajo terapia con protocolos actuales de tratamiento controlado
- Dificultad importante del habla, deglución y respiración

CARDIOVASCULAR

I. INTRODUCCION

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos de origen cardiovascular y su ubicación en clases.

La valoración del menoscabo que una enfermedad cardiovascular produzca en la capacidad de trabajo será evaluada luego que se hayan aplicado las correspondientes medidas terapéuticas (medicamentosas, quirúrgicas, rehabilitación); o después de un tiempo de ocurrido él o los episodios agudos.

La valoración del menoscabo debe tener concordancia entre los síntomas clínicos, los estudios de laboratorio y funcionales. Para ello deberá contarse con los informes de los médicos tratantes e informe de la asistencia recibida en Instituciones del sistema de salud; los correspondientes estudios de laboratorio y funcionales pertinentes así como los resultados de los estudios anátomo patológicos, si ellos se han efectuado.

Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la evaluación final, por él o los médicos peritos actuantes.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

La sección se divide en:

A. Enfermedades orgánicas del corazón.

Se encuentran en este grupo los impedimentos en los que se reconoce una falla del corazón como bomba en cualquiera de sus estrucuras anatómicas:

a. Cardiopatías congénitas y adquiridas.
b. Cardiopatías isquémica.
c. Cardiomiopatías.
d. Pericardiopatías.
e. Trastornos del ritmo.

B. Enfermedad vascular hipertensiva.

La enfermedad vascular hipertensiva no produce por sí misma menoscabo, a menos que cause daño anatómico en uno o más de los siguientes órganos blanco:

- Sistema nervioso central
- Sistema Cardiovascular
- Riñón
- Ojos (retinopatía hipertensiva)
- Sistema hematológico (hemólisis microangiopática)

C. Enfermedades vasculares que afectan a las extremidades.

Se evalúan en esta sección los impedimentos vasculares arteriales y venosos que afectan a las extremidades inferiores.

III. PROCEDIMIENTOS DE EVALUACION

Las enfermedades del sistema cardiovascular se objetivan por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio de él o los médicos peritos solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica:

A. Enfermedades orgánicas del corazón

1. Anamnesis (historia actual, antecedentes personales y familiares)
2. Examen clínico
3. Evolución en el tiempo
4. Historia laboral
5. Radiografía de Tórax (frente y perfil)
6. Electrocardiograma basal.
7. Electrocardiograma de esfuezo (ergometría).
8. Ecocardiograma bidimensional.
9. Eccardiograma doppler color.
10. Holter.
11. Cineangiocoronariografía (C.A.C.G.).
12. Estudio electrofisiológico (trastornos del ritmo).
13. Tomografía axial computarizada o Resonancia nuclear magnética (aneurismas vasculares)
14. Serorología para Enfermedad de Chagas

Clasificación del grado funcional de la angina

GRADO I.	Angina frente a esfuerzos excepcionales o prolongados.
GRADO II.	Angina desencadenada por correr subir escaleras de prisa.
GRADO III.	Angina desencadenada al caminar 1 o 2 cuadras o subir una escalera de un piso, a marcha normal.
GRADO IV.	Angina que se desencadena con cualquier actividad física.

Clasificación del grado funcional de la insuficiencia cardíaca

GRADO I.	No hay limitaciones. La actividad física habitual no produce fatiga excesiva, disnea ni palpitaciones.
GRADO II.	Limitación ligera de la actividad física. El enfermo no presenta síntomas en reposo. La actividad física habitual produce fatiga, disnea, palpitaciones o angina.
GRADO III.	Limitación ligera de la actividad física. Aunque en reposo no hay síntomas, éstos se manifiestan con niveles bajos de actividad física.
GRADO IV.	Incapacidad de llevar a cabo ninguna actividad en ausencia de síntomas. Estos pueden estar presentes incluso en reposo.

B. Enfermedad vascular hipertensiva

1. Anamnesis (historia actual, antecedentes personales y familiares)
2. Examen clínico
3. Evolución en el tiempo
4. Historia laboral
5. Exámenes de laboratorio de valoración general
6. Radiografía de tórax (frente y perfil)
7. Electrocardiograma basal
8. Electrocardiograma de esfuerzo (ergometría)
9. Ecocardiograma bidimensional
10. Ecocardiograma Doppler color
11. Fondo de Ojo.
12. Monitoreo ambulatorio de presión arterial (M.A.P.A.)

C. Enfermedades vasculares que afectan a las extremidades

1. Anamnesis (historia actual, antecedentes personales y familiares)
2. Examen clínico
3. Evolución en el tiempo
4. Historia laboral
5. Hallazgos de estudios no invasivos (doppler vascular, etc.).
6. Estudios contrastados (angiografía, flebografía, linfografía, etc.).
7. Tratamientos (médicos y quirúrgicos).

IV. PRINCIPALES AFECCIONES QUE PRODUCEN MENOSCABO

El objetivo de la siguiente lista tiene como finalidad el mero hecho ilustrativo, no considerándose excluyentes aquellas afecciones no mencionadas y que a juicio de los médicos peritos actuantes correspondan ser valoradas en esta sección:*

- Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas
  - Estenosis mitral
  - Insuficiencia mitral
  - Estenosis mitral con insuficiencia
  - Estenosis aórtica
  - Insuficiencia aórtica
  - Estenosis aórtica con insuficiencia
  - Estenosis tricúspide
  - Insuficiencia tricúspide
  - Estenosis tricúspide con insuficiencia
  - Enfermedades valvulares múltiples
  - Miocarditis reumática
  - Pericarditis reumática
  - Insuficiencia cardíaca reumática

- Enfermedades hipertensivas
  - Enfermedad cardíaca hipertensiva
  - Enfermedad renal hipertensiva
  - Hipertensión secundaria (renovascular, trastornos endócrinos, etc.)
- Enfermedades isquémicas del corazón
  - Angina de pecho (de esfuerzo, inestable, angioespástica, Prinzmetal, etc.)
  - Infarto agudo del miocardio y sus complicaciones
  - Enfermedad isquémica crónica del corazón (infarto del miocardio, aneurisma cardíaco, aneurisma de arteria coronaria, cardiomiopatía isquémica)
- Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar
  - Embolia pulmonar (arterial o venosa)
  - Hipertensión pulmonar
  - Fístula arteriovenosa de los vasos pulmonares
- Otras formas de enfermedad del corazón
  - Pericarditis crónica
  - Pericarditis en enfermedades infecciosas y parasitarias
  - Pericarditis en otras enfermedades (lupus, reumatoide, urémica)
  - Endocarditis
  - Trastornos no reumáticos de las válvulas cardíacas (prolapso de la válvula mitral, estenosis e insuficiencias valvulares, etc.)
  - Miocarditis
  - Cardiomiopatía (dilatada, hipertróficas, alcohólica, etc.)
  - Cardiomiopatías en enfermedades infecciosas y parasitarias, metabólicas (tirotóxica, etc.)
  - Trastornos del ritmo del corazón (bloqueos en sus diversos tipos, taquicardias, fibrilación, arritmias extrasistólicas, etc.)
  - Insuficiencia cardíaca
- Enfermedades de las arterias, de las arteriolas y de los vasos capilares.
  - Aterosclerosis (de la arteria aorta, de arterias renales, de las arterias de los miembros, de otras arterias)
  - Aneurisma de la arteria aorta y otras arterias
  - Otras enfermedades vasculares periféricas (Síndrome de Reynaud, etc.)
  - Embolias y trombosis arteriales (Síndrome de Leriche, etc.)
  - Enfermedades de los vasos capilares
- Enfermedades de las venas y de los vasos linfáticos
  - Flebitis y tromboflebitis
  - Trombosis de la vena porta
  - Otras trombosis y embolias venosas
  - Venas varicosas de los miembros inferiores
  - Insuficiencia venosa crónica
  - Síndrome postflebítico
  - Linfoedema

*Para la enumeración de estas afecciones se ha tomado como guía principal a la "Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud" (CIE-10). Décima revisión (1995), OPS/OMS.

V. VALORACION DEL MENOSCABO

CLASIFICACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO ORGANICO DEL CORAZON

		% MAXIMO
CLASE I.	Existe enfermedad orgánica del corazón. Las actividades cotidianas, los deportes y la actividad laboral no le producen síntomas.	0 - 15%
CLASE II.	Existe enfermedad orgánica del corazón. Los esfuerzos prolongados, las tensiones, los deportes y determinadas actividades laborales le producen síntomas. Clase funcional de insuficiencia cardíaca, grado I. Clase funcional de angina, grado I.	16 -30%
CLASE III.	Existe enfermedad orgánica del corazón. Clase funcional de insuficiencia cardíaca, grado II. Clase funcional de angina, grado II	31 - 50%
CLASE IV.	Existe enfermedad orgánica del corazón. Clase funcional de insuficiencia cardíaca, grado III. Clase funcional de angina, grado III.	51 - 70%
CLASE V.	Existe enfermedad orgánica del corazón. Clase funcional de insuficiencia cardíaca, grado IV. Clase funcional de angina, grado IV.	71 - 100%

CLASIFICACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO HIPERTENSIVO ARTERIAL

		% MAXIMO
CLASE I.	Existe hipertensión arterial. La tensión diastólica es mayor o igual a 90 mm.Hg. y el reconocimiento clínico es normal	0 - 15%
CLASE II.	Existe hipertensión arterial. La tensión diastólica es igual o mayor a 10 mm.Hg. y en el estudio clínico existen síntomas frente a esfuerzos. Requiere terapia continua.	16 - 30%
CLASE III.	Existe hipertensión arterial. La tensión diastólica es superior a 10 mm.Hg. y el reconocimiento clínico revela dos de los signos siguientes. · La tensión diastólica es por lo general mayor que 120 mm.Hg. · Existen anormalidades en el sedimento de la orina sin daño de la función renal. · Existió una lesión cerebrovascular por hipertensión, sin secuelas neurológicas. · Existe hipertropia del ventrículo izquierdo sin signos de congestión cardíaca. · Existe retinopatía con cambios incipientes en las arteriolas debidos a la hipertensión, con hemorragias o exudados.	31 - 50%
CLASE IV.	Existe hipertensión arterial. La tensión diastólica está claramente por encima de 10 mm.Hg. y en el reconocimiento clínico pueden verse dos de los signos siguientes: · La tensión diastólica es por lo general más alta que 120 mm.Hg. · Existen proteínas y anormalidades en el sedimento de la orina con daño de la función renal y evidencia de retención nitrogenada. · Existió lesión cerebrovascular por hipertensión, con secuelas neurológicas mínimas permanentes. · Existe hipertrofia del ventrículo izquierdo sin congestión cardíaca. · Retinopatía manifiesta con alteraciones debidas a hipertensión en las arteriolas.	51-70%
CLASE V.	Existe hipertensión arterial. La tensión diastólica está por encima de 120 mm.Hg. y en el reconocimiento clínico pueden observarse dos de los signos siguientes:	

- Tensión diastólica superior a 140 mm.Hg.
- Proteinuria y signos de insuficiencia renal. 71 - 100%
- Existió lesión cerebrovascular por hipertensión, con secuelas neurológicas importantes y permanentes.
- Existe hipertrofia del ventrículo izquierdo con congestión cardíaca.
- Retinopatía avanzada debida a hipertensión, con daño retinal y/o del nervio óptico.

CLASIFICACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO VASCULAR ARTERIAL DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

% MAXIMO

CLASE I.
Existe patología vascular arterial, sin claudicación intermitente. 0 - 15%

CLASE II.
Existe patología vascular arterial que se manifiesta por claudicación intermitente. 16 - 30%

CLASE III.
Existe patología vascular arterial con uno o varios de los siguientes síntomas:

- Claudicación intermitente cuando camina 100 metros a paso normal. 31 - 50%
- Cirugía de revascularización exitosa.
- Daño vascular bilateral

CLASE IV.
Existe patología vascular arterial con uno o más de los siguientes síntomas:

- Claudicación intermitente cuando camina 50 metros a paso normal.
- Amputación de uno o más dedos de una extremidad. 51 - 70%
- Cirugía de revascularización parcialmente exitosa.

CLASE V.
Existe patología vascular arterial con uno o más de los siguientes síntomas:
- Claudicación intermitente cuando camina menos de 50 metros o tiene dolor en reposo.
- Amputación a nivel del tarso o más proximal, con persistencia de la enfermedad vascular. 71 - 100%
- Fracaso de la cirugía de revascularización o fuera del alcance terapéutico por cirugía.

Las amputaciones derivadas de impedimentos arteriales, se valoran en la sección correspondiente al sistema músculo esquelético.

CLASIFICACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO VASCULAR VENOSO DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

% MAXIMO

CLASE I.
- Existe patología venosa que no presenta sintomatología clínica o ella es ocasional. 0 - 15%

CLASE II.
- Existe patología venosa con sintomatología que se controla con medidas de soporte. 16 - 30%

CLASE III.
- Existe patología venosa con edema parcialmente controlado con medidas de soporte. 31 - 50%
- Presencia de trastornos tróficos incipientes en una o ambas extremidades o ha sufrido ulceración que ha cicatrizado.

CLASE IV.
- Existe patología venosa con edema que no se controla con medidas de soporte.
- Hay trastornos tróficos en una o ambas extremidades. Las ulceraciones son persistentes pero se logra su cicatrización. 51 - 70%

CLASE V.
- Existe patología venosa con edema severo e incontrolable.
- Los trastornos tróficos son extensos y bilaterales. Las úlceras son persistentes pero no se logra su cicatrización. 71 - 100%
- No existe posibilidad de tratamiento quirúrgico o éste se realizó con resultado negativo.

VI. ANEXO TECNICO

El estudio de las afecciones cardiovasculares debe comenzar por la anamnesis y el examen físico. En la primera debemos tener en cuenta los síntomas fundamentales y los factores de riesgo coronario:

1. Dolor: debemos conocer del mismo:

- Aparición
- Tipo
- Irradiaciones
- Localización
- Intensidad
- Evolución
- Fenómenos asociados
- Duración

2. Disnea: evaluando grado de la misma

3. Trastornos del ritmo

De estos síntomas es importante su progresión en el tiempo, su grado de cronicidad y su reproductibilidad en el día.

4. Factores de riesgo coronario

- Edad
- Sexo
- Hipertensión arterial
- Tabaquismo
- Dislipemias
- Gota
- Estrés
- Obesidad
- Diabetes

En el examen físico debemos tener en cuenta:

1. Ubicación de la punta cardíaca
Normalmente ésta se encuentra en el 4º/5º espacio intercostal izquierdo, en el cruce de la línea medio clavicular.
a) El desplazamiento de la punta cardíaca hacia la izquierda, sin descenso de la misma nos hace sospechar en hipertrofia ventricular derecha.
b) El desplazamiento y descenso de la punta cardíaca nos habla de una hipertrofia ventricular izquierda.

2. Existencia de latidos anormales
a) Latido sagital: se busca ubicando la mano sobre la parte anterior del tórax. Nos hace sospechar hipertrofia ventricular derecha.
b) Latido diagonal: se busca ubicando la mano sobre la parte anterior y lateral del tórax. Nos hace sospechar hipertrofia ventricular izquierda.

Con estos dos items podemos determinar clínicamente, sin otros elementos, la existencia de agrandamiento cardíaco y eventualmente su ubicación en cámaras derechas o izquierdas.

3. Frémitos

4. Ritmo cardíaco

5. Soplos cardíacos

6. Presión arterial

Los estudios que se solicitan a un enfermo cardiovascular son:

- **Inherentes a sus posibles factores de riesgo:** ya mencionados
- **Radiografía de tórax (frente y perfil):** que nos permitirá ampliar elementos del examen clínico sobre el tamaño y forma del corazón así como ver la distribución del flujo sanguíneo pulmonar y otras patologías torácicas asociadas.
- **Electrocardiograma**, nos permite ver:
  - ritmo cardíaco (regular o irregular, nacimiento del impulso en el nódulo sinusal o más bajo, etc.)
  - trastornos de la conducción A-V
  - trastornos auriculares
  - trastornos ventriculares como: hipertrofias, trastornos de la conducción (BRD, BRI, Hemibloqueos), lesiones necróticas, trastornos de la repolarización (sufrimiento miocárdico), etc.

  El electrocardiograma debe ser realizado mostrando las doce derivaciones clásicas y con un mínimo de tres complejos por derivación (excepto cuando hay una arritmia en la cual puede ser necesario una tira larga en la derivación que se vean mejor todas las ondas) a una velocidad del papel de 25 mm/segundo.

- **Prueba ergométrica graduada:**

Es como su nombre lo indica, una prueba de esfuerzo, con etapas progresivas, con control electrocardiográfico y monitoreo del ritmo cardíaco y presión arterial. Es de especial importancia en aquellos casos en que la persona presenta ángor pectoris y cuando el electrocardiograma convencional no presenta elementos de sospecha de enfermedad miocárdica. Cuando se realice un test de esfuerzo, éste deberá usar el régimen multietapa progresivo y continuo. El ritmo cardíaco no deberá ser menor al 85% del ritmo máximo previsto, a menos que el examen sea peligroso si se obtienen estas cifras o éste se considere innecesario. El examen deberá incluir una descripción precisa de la metodología usada, señalar el grado de ejercicio realizado; las mediciones de presión arterial antes, durante y después de la prueba y cualquier razón que haya motivado dar por terminada la prueba. Los electrocardiogramas obtenidos en pruebas de esfuerzo deben incluir los trazados antes, durante y después del ejercicio. El test de esfuerzo no debe realizarse en personas que presenten:

- angor pectoris inestable
- insuficiencia cardíaca congestiva
- arritmias severas no controladas
- bloqueos A-V de segundo y tercer grado
- hipertensión arterial severa no controlada
- estenosis aórtica significativa
- hipertensión pulmonar importante
- aneurisma aórtico disecante o ventricular
- daño muscular esquelético limitante

Puede entenderse como prueba ergométrica **anormal** cuando:

* Prueba positiva por ángor
* Infradesnivel de S-T (2 mm. o más)
* Supradesnivel de S-T (2 mm. o más)
* Arritmias cardíacas severas:
  - E.V. polifocales
  - T.S.V. paroxística
  - E.V. apareadas
  - Fenómeno R/T
  - Taquicardia ventricular
  - Bloqueo A-V completo y de 2º grado (tipo Weckebach)
  - Signos de Insuficiencia cardíaca
  - B.C.R.I. taquicárdico dependiente. El B.C:R.D. taquicárdico dependiente no tiene valor patológico.
  - Isquemias intra- esfuerzo (onda T negativa en cualquier derivación)

Este estudio nos permite valorar la capacidad funcional de la persona y compararla con el esfuerzo que su actividad laboral le puede provocar.

- **Ecocardiograma. Ecocardiograma doppler color**

Este examen aporta información anátomo funcional útil para la evaluación de las cardiopatías así como la gravedad y pronóstico de las cardiopatías. El médico perito debe informar sobre la calidad del examen puesto que alrededor de un 10% de ellos tienen limitaciones técnicas derivadas de una inadecuada ventana ecocardiográfica.
El examen aporta información de:

- Ventrículo izquierdo, sus dimensiones sisto-distólicas, el grosor de sus paredes y la función ventricular sistólica y diastólica global en sus diversos segmentos.
- Contracción hipoquinética o aquinética de un segmento del ventrículo izquierdo.
- Evaluación del tamaño del ventrícuo derecho.
- Presencia de derrame pericárdico, su cantidad y localización.
- Estado morfológico de las válvulas.
- Tamaño de la aorta ascendente y aurícula izquierda, arteria pulmonar y aurícula derecha. En un contexto clínico estas mediciones contribuyen a la determinación del daño cardíaco de una persona.
- En la cardiopatía coronaria se tiene limitaciones en algunos casos y se podrán evaluar las alteraciones isquémicas segmentarias, presencia de trombos y el tamaño ventricular.
- Muchas cardiopatías congénitas son detectables y es posible estimar su severidad en forma cuantitativa asociando la información del doppler con la del ecocardiograma.
- **Valores normales:** **Grosor:** Aurículas 2 mm
  Pared V.D. 3-4 mm
  Pared V.I. 8-9 mm
  Cavidad: Auric. Izq. 1-4 cm
  Vent. Der. 0,4-2,6 cm
  Vent. Izq. 3,5-5,7 cm
  Tabique: 0,7 - 1,1 cm
  Indice cardíaco: 3,4 +/- 0,5 l/ml./m2

- **Monitoreo de Holter**

  Monitoreo electrocardiográfico ambulatorio realizado en cintas de 24 horas. Registra continuamente la actividad eléctrica del corazón.

- **Cineangiocronariografía (C.A.C.G.)**

  Es importante conocer si el vaso coronario afectado fue completa y uniformemente contrastado evitando así una falsa imagen de estrechamiento y obstrucción.
  El espasmo coronario inducido por la cateterización intracoronaria no debe ser considerado como evidencia de enfermedad coronaria obstructiva. La importancia funcional de una lesión obstructiva depende de la visualización del segmento distal del vaso afectado.
  Con relación al grado de estenosis coronaria, se considera significativo cuando es mayor del 75% en cualquiera de los vasos afectados; excepto en el tronco en donde valores superiores al 50% serán significativos.
  La ventriculografía izquierda objetiva la contractilidad del miocardio y las posibles zonas de disquinesia (hipoquinesia y aquinesia).

CATETERISMO	PRESIONES	
	SISTOLICAS	DIASTOLICAS
Aurícula derecha	5 mm. Hg.	0 - 1 mm. Hg.
Ventrículo derecho	25 mm. Hg.	0 - 1 mm. Hg.
Arteria pulmonar	25 mm. Hg.	9 mm. Hg.
Presión de enclav.	10 mm. Hg.	5 mm. Hg.
Aurícula izquierda	4 mm. Hg.	0 mm. Hg.
Ventrículo izquierdo	120 mm. Hg.	2 - 6 mm. Hg.
Aorta	120 mm. Hg.	65 mm. Hg.

EJEMPLOS DE IMPEDIMENTOS ORGANICOS DEL CORAZON QUE PUEDEN PRODUCIR MENOSCABO DE GRADO SEVERO

- **Valvulopatías**
  - Lesiones aórticas estenóticas o insuficiencias severas. Antecedente de síncope, angina, edema pulmonar o insuficiencia cardíaca. El diagnóstico debe ser confirmado al menos por Ecocardiograma Doppler-color.
  - Lesiones mitrales tanto estenosis como insuficiencias crónicas, severas, con palpitaciones, disnea paroxística o edema pulmonar, hemoptisis y congestión visceral. El diagnóstico debe ser confirmado al menos por Ecocardiograma Doppler-color.
- **Miocardiopatías**
  - Lesiones que afectan irreversiblemente al miocardio y que pueden ser de tipo primario o secundario. La cardiomegalia se demuestra en la radiografía de tórax y el ecocardiograma. La miocardiopatía hipertrófica puede ser de tipo obstructivo y no obstructivo; la radiografía de tórax puede ser normal o con prominencia del ventrículo izquierdo. En el ecocardiograma se observa hipertrófia simétrica o asimétrica del ventrículo izquierdo. La miocardiopatía hipertrófica del individuo jóven, con arritmias, síncope y/o antecedentes familiares de muerte súbita, se incluyen en este grupo.
- **Pericardiopatías**
  - Lesiones crónicas constrictivas del pericardio, no tratables por cirugía y que producen congestión venosa importante.
  - Enfermedad isquémica del miocardio más ángor que cumple con:
  - Angor crónico estable de mal pronóstico y alto riesgo. Esto puede demostrarse a través de la prueba de esfuerzo, pero con los siguientes elementos:
    * Infradesnivel del segmento ST igual o mayor de 2 mm.
    * Caída significativa de la presión arterial con el esfuerzo asociado a otras evidencias de falla de bomba.
    * Aparición de arritmias peligrosas con el esfuerzo.
    * Trastornos del electrocardiograma significativos a baja frecuencia o baja carga.

  Los elementos anteriores son útiles en ausencia de fármacos que enmascaren en uno u otro sentido el estudio.

  - Angor inestable de reciente inicio o que aparece en reposo.

La cardiopatía coronaria deberá valorarse no sólo por la clínica y los estudios funcionales sino también por el tipo de tratamiento instituido. En la actualidad existen posibilidades terapéuticas que deben ser valoradas especialmente en cuanto a la función remanente:
- angioplastia transluminal
- re-vascularización quirúrgica del miocardio

En estas situaciones deberá realizarse la valoración luego de un año de realizado el tratamiento, teniendo en cuenta la prueba ergométrica graduada.

En todos los casos deberá tenerse presente el tipo de tareas realizadas, su carga psico-física, el riesgo para terceros y la edad de la persona.

- **Niveles de Insuficiencia Cardíaca**
  1. Insuficiencia cardíaca congestiva derecha y/o izquierda persistente, con hepatomegalia, congestión pulmonar y edema periférico en el examen físico, a pesar de una terapia suficiente y bien llevada con protocolos terapéuticos actuales.
  2. Dilatación o hipertrofia ventricular izquierda persistente, documentada por:
     a) Crecimiento de la sombra cardíaca a expensas del ventrículo izquierdo en la radiografía de tórax en enfoque de frente y perfil.
     b) Cambios electrocardiográficos que evidencian hipertrofia de cámaras izquierdas.
     c) Cambios electrocardiográficos que evidencias hipertrofia de cámaras derechas.

     El ecocardiograma es un 100% efectivo para identificar hipertrofias o dilataciones de las cavidades cardíacas.
  3. Corazón pulmonar crónico documentado por:
     a) Signos electrocardiográficos de hipertrofia de cámaras derechas.
     b) El ecocardiograma con dilatación o hipertrofia de cavidades derechas, datos de hipertensión pulmonar y determinación de función ventricular global.

- **Tromboembolismo Pulmonar Recidivante**

- **Arritmias cardíacas**

Arritmias recurrentes, no asociadas con fármacos que dan por resultado episodios repetidos e incontrolables de síncope cardíaco y que están documentados por Holter y son refractarias al tratamiento. Es necesario electrocardiograma, ecocardiograma y estudio de Holter.

En las personas a las que se le ha colocado un marcapaso definitivo, deberá considerarse especialmente la patología que dio origen a su colocación:
- Si se debió sólo a trastornos del ritmo, la colocación del marcapaso definitivo se considera que ha solucionado el problema y por lo tanto el grado de incapacidad será menor.
- Si existe miocardiopatía previa, la colocación del marcapaso definitivo no ha solucionado la patología de base y por lo tanto persistirá la incapacidad.

En todos los casos se deberá tener presente: la carga psico-física del trabajo, el riesgo para terceros y la presencia en el ambiente de trabajo de ondas que perturben el funcionamiento del marcapaso.

- **Aneurisma de la aorta o de sus ramas mayores, demostrada con:**

  Evidencia radiológica, ecográfica o tomográfica, con:
  1. Disección crónica o aguda, no controlada con el tratamiento médico o quirúrgico.
  2. Insuficiencia cardíaca congestiva (según lo descrito).
  3. Insuficiencia renal
  4. Episodios de síncopes.

APARATO RESPIRATORIO

I. INTRODUCCION:

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos respiratorios y su ubicación en clases.

La valoración del menoscabo que una enfermedad respiratoria produzca en la capacidad de trabajo será evaluada luego que se hayan aplicado las correspondientes medidas terapéuticas (medicamentosas, quirúrgicas, rehabilitación); o después de un tiempo de ocurrido él o los episodios agudos.

El estudio del menoscabo debe tener una concordancia entre los síntomas clínicos, los estudios de laboratorio o funcionales. Para ello deberá contarse con los informes de los médicos tratantes e informes de la asistencia recibida en Instituciones del sistema de salud; los correspondientes exámenes de laboratorio y funcionales pertinentes así como los resultados de los estudios anátomo patológicos, si ellos se han realizado.

Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la evaluación final, por parte de él o los médicos peritos actuantes.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

Los impedimentos de carácter oncológico del sistema respiratorio se consideran en el capítulo correspondiente a impedimentos neoplásicos.

En esta sección se incluyen aquellas neoplasias que se consideran extirpadas radicalmente, sin metástasis o siembras a distancia y que al momento de su evaluación no tienen signos o síntomas atribuibles a su enfermedad neoplásica de base. En estos casos la evaluación se considera considerando las secuelas quirúrgicas y el compromiso funcional de ella derivado.

III. PROCEDIMIENTO DE EVALUACION

Las enfermedades respiratorias se objetivan por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio de él o los médicos peritos, solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica:

1. Anamnesis (historia actual, antecedentes personales y familiares)
2. Examen clínico.
3. Evolución en el tiempo.
4. Historia laboral.
5. Estudios de laboratorio de valoración general (hemograma, etc.)
6. Pruebas funcionales: Funcional Respiratorio basal y con

broncodilatadores, gasometría arterial en reposo y en ejercicio, test de provocación con alergenos, etc.
7. Estudios bacteriológicos, micológicos, etc.
8. Radiografía de tórax (frente y perfil)*
9. Arteriografía selectiva
10. Broncografía
11. Ecografía de tórax.
12. Centellograma pulmonar.
13. Tomografía computarizada de tórax.
14. Endoscopía.
15. Biopsia pulmonar o pleural.

Es de hacer notar que de los métodos de estudios complementarios, algunos están orientados al diagnóstico de la afección (ej: diagnóstico por imágenes, biopsia, etc.) y otros a la determinación de la incapacidad funcional que las patologías originan (Funcional Respiratorio, Gasometría arterial).

* En caso de enfermedades profesionales del tipo de las neumoconiosis, la radiología de tórax debe ser realizada con técnica y leída, de acuerdo a patrones de O.I.T.

GRADO DE ACTIVIDAD QUE PRODUCE DISNEA

Entre los síntomas, cabe destacar la importancia de la disnea y la determinación del grado de la misma (al esfuerzo importante, mediano, leve o aún en reposo).

Grado I:

- Normal
- La dificultad respiratoria es coherente con la actividad desplegada o no es de causa respiratoria.

Grado II:

- La persona puede caminar a la velocidad de las personas sanas de su edad y constitución, en terreno llano.
- No puede hacerlo en planos inclinados o escaleras.

Grado III:

- La persona no puede caminar a la velocidad de las personas sanas de su edad y constitución.
- Puede caminar cinco cuadras a su propia velocidad, en terreno plano.

Grado IV:

- La persona presenta disnea después de caminar más de una cuadra, en terreno plano y a su propio paso.
- Puede estar disneico con menos actividad o aún en reposo.

IV. PRINCIPALES AFECCIONES QUE PRODUCEN MENOSCABO

El objetivo de la siguiente lista tiene como finalidad el mero hecho ilustrativo, no considerándose excluyentes aquellas afecciones no mencionadas y que a juicio de los médicos peritos actuantes correspondan ser valoradas en esta sección. *

- Enfermedades de las vías aéreas superiores

  Laringitis y laringotraqueitis crónicas
  Parálisis de las cuerdas vocales y laringe
  Nódulos de las cuerdas vocales

- Enfermedades de las vías aéreas inferiores

  Bronquitis crónica
  Enfisema
  Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
  Asma
  Bronquiectasias

- Enfermedades del pulmón

  Neumoconiosis (antracosis, asbestosis, silicosis, etc.)
  Neumoniosis debida a polvos inorgánicos (aluminosis, fibrosis pulmonar por bauxita, beriliosis, siderosis, estañosis, etc.)
  Neumoconiosis debida a polvos orgánicos (bisinosis, canabiosis, etc.)
  Neumoconiosis debida a hipersensibilidad al polvo orgánico (pulmón del granjero, bagazosis, etc.)
  Afecciones respiratorias debidas a inhalación de gases, humos, vapores y sustancias químicas
  Neumonitis por radiación
  Fibrosis por radiación
  Trastornos pulmonares intersticiales crónicos inducidos por drogas
  Fibrosis pulmonar (síndrome de Hamman-Rich, etc.)
  Absceso de pulmón y de mediastino

- Enfermedades de la pleura
  Derrame pleural
  Paquipleuritis
  Neumotórax recidivante
  Empiema
  Otras afecciones de la pleura (quilotórax, etc.)

- Otras enfermedades

  Insuficiencia pulmonar consecutiva a cirugía
  Funcionamiento defectuoso de traqueostomía

* Para la enumeración de estas afecciones se ha tomado como guía principal a la "Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud" /CIE-10), Décima revisión (1995). OPS/OMS.

V. VALORACION DEL MENOSCABO

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS DEL APARATO RESPIRATORIO

% MAXIMO

Clase I.
- Grado de actividad que produce disnea: Grado I — 0-15%
- Pruebas de función pulmonar: V.E.F. 1 o C.V.F. con valores iguales o mayor al 80% del normal.
- Radiografías normales. Puede tener evidencia de lesiones residuales, inactivas.
- Gases arteriales normales.

Clase II.
- Grado de actividad que produce disnea: Grado II (grandes esfuerzos).
- Pruebas de función pulmonar: V.E.F.1 o C.V.F. alteradas, con valores entre el 65% y 80% del valor teórico esperado. — 16-30 %
- Radiografías normales. Puede tener evidencia de lesiones residuales, inactivas; acentuación de la trama bronquial.
- Gases arteriales normales.

Clase III.
- Grado de actividad que produce disnea: Grado II (medianos esfuerzos).
- Pruebas de función pulmonar: V.E.F.1 o C.R.F. alteradas, con valores entre el 50% y 65% del valor teórico esperado. — 31-50 %
- Radiografías con evidencia de lesiones pulmonares no mayor de un tercio de campo pulmonar. Acentuación de la trama bronquial; hilios congestivos; horizontalización costal y aplanamiento diafragmático.
- Gases arteriales con valores iguales o mayores al 85% de lo normal, tanto en reposo como en ejercicio.

Clase IV.

- Grado de actividad que produce disnea: Grado III (pequeños esfuerzos).
- Pruebas de función pulmonar: V.E.F.1 o C.R.F. alteradas, con valores menores al 50% del valor teórico esperado. 51-70 %
- Radiografías con evidencia de lesiones pulmonares, no mayor de un campo pulmonar. Acentuación de la trama bronquial; hilios congestivos; horizontalización costal y aplanamiento diafragmático
- Gases arteriales con valores menores al 85% de lo normal, tanto en reposo como en ejercicio.

Clase V.

- Grado de actividad que produce disnea: Grado IV (mínimos esfuerzos o aún en reposo). Puede existir insuficiencia respiratoria terminal o cor pulmonar.
- Pruebas de función pulmonar: V.E.F.1 o C.R.F. alteradas, con valores menores al 50% del valor teórico esperado. 71 - 100 %
- Radiografías con evidencias de lesiones pulmonares que exceden la superficie de un campo pulmonar. Acentuación de la trama bronquial, hilios congestivos, horizontalización costal y aplanamiento diafragmático; ensanchamiento de los espacios pre y retroesternal. Confluencia de nódulos con formación de opacidades masivas o seudo tumorales; engrosamiento o calcificaciones pleurales, desplazamiento de la tráquea, desplazamiento de hilios.
- Gases arteriales con saturación de oxígeno inferior al 80%.

VI. ANEXO TECNICO

Las afecciones del aparato respiratório de importancia médico-laboral son aquellas de curso crónico y/o recidivante en las cuales se hallan agotado los distintos recursos terapéuticos y que limitan la realización del trabajo habitual o las tareas de la vida cotidiana. No necesariamente la manifestación subjetiva y el hallazgo de algunos signos en el examen físico, determinan incapacidad.

En la valoración de la persona portadora de una enfermedad respiratoria, debemos tener en cuenta:

1. Interrogatorio y Examen Físico

La **anamnesis** se basa en:

- Disnea (establecer tipo y grado)
- Tos (tipo, evolución en el tiempo, mecanismos desencadenantes)
- Expectoración, hemoptisis, etc.
- Antecedentes personales (hábitos tóxicos como tabaquismo, alcoholismo, fármacos; enfermedades respiratorias; otras enfermedades)
- Antecedentes familiares
- Antecedentes del ambiente laboral (requerimiento físico del puesto de trabajo, investigar especialmente tipos de inhalantes a los que pudiera estar expuesto, etc.)

En el **examen clínico** debe constar:

- estado general del trabajador
- frecuencia respiratoria y tipo
- presencia de disnea
- cianosis
- acropaquia
- pruebas que puede realizar sin evidenciar signos de insuficiencia respiratoria (acostarse, levantarse, caminar, agacharse, vestirse, etc.)
- inspección estática y dinámica del tórax (diámetros torácicos, movilidad del tórax)
- palpación (sonoridad, etc.)
- auscultación (caracteres del murmullo alveolar, otros ruidos respiratorios)
- signos de insuficiencia cardíaca (sobre todo derecha)

2. Pruebas de Función Pulmonar

Las pruebas de función pulmonar miden de manera objetiva la capacidad del sistema respiratorio para llevar a cabo el intercambio de gases, valorando la ventilación, difusión y propiedades mecánicas.

Las contraindicaciones relativas para pruebas de función pulmonar incluyen: asma aguda, insuficiencia ventilatoria, dolor torácico agravado por pruebas, neumotórax, hemoptisis y tuberculosis pulmonar activa. Muchas pruebas dependen de los esfuerzos del paciente y algunos pueden estar muy enfermos para cooperar en la realización de las pruebas.

3. Espirometría

La espirometría y la medición de los volúmenes pulmonares permite determinar la presencia y gravedad de una disfunción pulmonar obstructiva o restrictiva.

La práctica de este estudio debe realizarse en centros con experiencia y que cuenten con equipos debidamente calibrados computarizados. El estudio debe efectuarse en condiciones basales y después de la administración de un broncodilatador en aerosol, a menos que los valores basales sean equivalentes a un 70 % o más de los valores normales o esté contraindicado.

El análisis de la función pulmonar no debe realizarse en presencia de crisis asmática, durante o poco después de una enfermedad respiratoria aguda. Las pruebas de función pulmonar realizadas en las condiciones anteriores no cumplen el requisito de grado de severidad. Deberá considerarse la capacidad de la persona para comprender las indicaciones y el grado de cooperación en la realización del test. El médico perito deberá tener cuidado en detectar las condiciones mencionadas y establecer fehacientemente la correlación entre estas pruebas y el examen clínico efectuado.

Debe informarse como mínimo la capacidad vital forzada (CVF), el volumen espiratorio forzado en un segundo (VEF 1), el índice de Tiffenau (VEF1 / CVF x 100) y el flujo espiratorio medio máximo (FEMM). Los valores deben expresarse en términos absolutos y en porcentaje del valor normal esperado. Debido a la variabilidad de los valores normales, el límite inferior de normalidad de cada uno de los índices anteriores se ha fijado en el percentil 95 del valor teórico promedio esperado, es decir en el valor sobre el cual se distribuye el 95% de los sujetos normales.

SEXO	HOMBRES			MUJERES	
EDAD	12 a 24	25a 39	40 a 85	20 a 39	40 a 88
CVF	79.8%	81.1%	73.4%	76.9%	71.8%
VEF1	81.2%	78.1%	72.2%	70.3%	72.6%
I.TIFFENAU	72% a 76%	72% a 73%	67% a 72%	73% a 76%	64% a 72%
FEF 25-75	58.8%	55.3%	40.3%	44.8%	56.9%

4. Prueba pulmonar de esfuerzo por ejercicio (oximetría en ejercicio).

Esta prueba suele practicarse para evaluar pacientes con disnea de esfuerzo inexplicable. El protocolo de ejercicio se determina según las indicaciones para la prueba y la capacidad de esfuerzo de la persona.

Existen diferentes protocolos para este tipo de prueba.

a. con banda sin fin
b. ergometría de bicicleta
c. caminata de 12 minutos

5. Gasometría arterial

Los gases arteriales son menos útiles en la evaluación del impedimento y sólo tienen valor cuando representan una condición permanente. Desde el punto de vista gasométrico es básico definir y diferenciar los conceptos de insuficiencia respiratoria e insuficiencia ventilatoria, ya que ambos se basan en criterios de los gases en sangre arterial.

La **insuficiencia respiratoria** se define como una disfunción pulmonar que origina anormalidades de la oxigenación o la eliminación de bióxido de carbono lo bastante grave para deteriorar o amenazar la función de los órganos vitales y provocar alteraciones de la ventilación / perfusión y de la distensibilidad pulmonar.

Los criterios gasométricos arteriales para insuficiencia respiratoria no son absolutos, pero pueden establecerse en forma arbitraria como una PO2 menor de 50 mm. Hg. y una PCO2 mayor de 50 mm. Hg. con un Ph menor de 7.2. Como tal; insuficiencia respiratoria es un diagnóstico clínico amplio que no especifica ni cuantifica el proceso de enfermedad.

La **insuficiencia ventilatoria** és la anormalidad o no de la ventilación alveolar que determina de manera directa la PCO2 arterial. Aunque el

estado patológico que cause la ventilación alveolar obedezca a una etiología ajena al sistema pulmonar, siempre estamos ante la incapacidad de este sistema para satisfacer las demandas metabólicas en lo que al CO2 respecta. Así, la PCO2 refleja de manera directa lo adecuado de la ventilación alveolar, por lo tanto, ofrece una medición objetiva de la función fisiológica pulmonar.

Si bien la detección de una insuficiencia respiratoria crónica con o sin retención de CO2, es mérito suficiente para calificar el menoscabo de la capacidad de trabajo del individuo que la padece, debe considerarse que ésta es una condición avanzada de la patología respiratoria y que hay muchas otras instancias que afectan a la mecánica respiratoria o a los flujos aéreos que producen disnea igualmente invalidante sin que ello se refleje en la gasometría arterial.

Los cambios agudos en los valores de PO2, PCO2 y saturación, no pueden considerarse para determinar el menoscabo y al igual que las pruebas espirométricas, no deben corresponder a muestras tomadas durante una crisis o en el curso de una enfermedad aguda. No obstante lo anterior, valores persistentes de PCO2 mayores de 50 mm. Hg. es mérito suficiente para calificar el menoscabo de la capacidad de trabajo del individuo que la padece, considerándose una condición avanzada de la patología respiratoria.

Cuando el daño respiratorio es episódico en su naturaleza como puede ocurrir en el asma bronquial y en complicaciones como bronquiectasias, el criterio empleado para determinar el menoscabo, será la frecuencia de los episodios severos a pesar del tratamiento adecuado y seguido correctamente por la persona.

VALORES NORMALES		
GASES EN SANGRE	NORMAL	INSUF. RESP. CRONICA
PO2	97 mm.Hg.	< 60 mm. Hg.
PCO2	40 mm. Hg.	> 50 mm. Hg.
PH	7.4	7.4 (+/- 0.1)

6. Exámenes por Imágenes

En el estudio radiológico del tórax, se deben efectuar proyecciones estándar en planos posteroanterior y lateral, tomadas en inspiración profunda.

A pesar de que las imágenes radiológicas tienen escasa correlación funcional, los impedimentos obstructivos crónicos tienen representación específica.

En la evaluación de enfermedades profesionales (especialmente neumoconiosis), el estudio deberá realizarse con técnica específica y su lectura estará referida a la clasificación internacional de radiografías de la O.I.T.

EJEMPLOS DE PATOLOGIAS PULMONARES INCAPACITANTES

Las enfermedades respiratorias pueden agruparse en:

- Obstructivas (Asma bronquial)
- Restrictivas (Tumores, Tuberculosis)
- Mixtas (Enfisema, Bronquitis crónica)

1. ASMA BRONQUIAL

El asma es un trastorno que se caracteriza por hiperreactividad de las vías aéreas con estrechamiento de las mismas, de carácter reversible en forma espontánea o como consecuencia del tratamiento. La sintomatología en el paciente asmático es muy variable en lo que respecta a gravedad y duración; va desde la ausencia completa de síntomas durante días, meses o años a un estado rebelde y prolongado, de deficiente respuesta al tratamiento, como lo es el status asmático.

El asma bronquial constituye un impedimento que puede tener variaciones funcionales aún diarias en su evolución, por lo que las pruebas de función pulmonar no pueden considerarse como base de la evaluación del menoscabo. Hay personas con pruebas normales o aceptables que tienen una evolución muy inestable, grave e incluso letal. Otros, que exhiben pruebas muy alteradas pueden tener una buena respuesta al tratamiento adecuado o tener una evolución más estable. Por esto, sólo debe considerarse como portadores de un menoscabo severo a los que presentan crisis persistentes o síntomas permanentes que impidan la actividad diurna o el sueño nocturno; habiéndose agotados los protocolos terapéuticos vigentes al momento de la valoración.

No se deberá hacer una evaluación definitiva, antes de seis meses de observación con el tratamiento adecuado. Deberá prestarse atención a la dosis medicamentosa, los intervalos con que la reciben así como la regularidad de la ingestión de la misma. Toda duda en cuanto al cumplimiento del tratamiento podrá requerir el monitoreo de los niveles de droga en sangre.

De igual manera deberán considerarse las crisis de broncoespasmo que requieran tratamientos en salas de emergencia y/u hospitalizaciones, a pesar de haber recibido terapia bien llevadas y según protocolos actuales de tratamiento. En caso del trabajador que presenta crisis de broncoespasmo a consecuencia o por la presencia de agentes desencadenantes del ambiente laboral, se deberá intentar evitar el contacto con dichos agentes ya sea por la eliminación, sustitución u otra forma de tratamiento higiénico del puesto de trabajo o por el cambio de lugar de trabajo, antes de aplicar los criterios de pérdida de la capacidad total o parcial de trabajo, siempre que la condición clínica así lo permita.

2. TUBERCULOSIS PULMONAR

El menoscabo por tuberculosis pulmonar será evaluado según el daño resultante de la función pulmonar. La evidencia de tuberculosis pulmonar activa, lesiones en aumento o la formación de cavernas, no son por sí mismas, una base para determinar la existencia de un daño severo definitivo.

La valoración deberá realizarse al término de la terapia específica, a menos que se trate de una enfermedad polirresistente a las diferentes drogas antituberculosas y sin posibilidades ciertas de un tratamiento quimioterápico efectivo.

En este último caso y en concordancia con el daño anatómo-funcional y el curso evolutivo de la enfermedad, podrá considerarse a la persona como portadora de un menoscabo severo.

3. COR PULMONAR

La presencia de signo sintomatología de insuficiencia cardíaca derecha secundaria a enfermedad pulmonar crónica, constituye motivo suficiente para catalogar al menoscabo como de grado severo.

4. FISTULA PLEURO-CUTANEA

La presencia de fístula pleuro-cutánea con drenaje purulento persistente, no susceptible de corrección quirúrgica, deberá ser considerada como un menoscabo de grado severo, teniendo en cuenta la patología pulmonar de base y el estado general de la persona.

5. FIBROSIS PULMONAR

En esta afección debe considerarse que muchas veces los trabajadores que las padecen tienen PO2 normal o poco alterada en reposo, pero tienen una importante desaturación en el ejercicio. En todos estos casos deben medirse los gases arteriales en reposo y en ejercicio. Así, una caída mayor de 10 mm. Hg. es indicadora de insuficiencia respiratoria, aunque la PO2 en reposo sea normal; hecho que permite considerar el menoscabo de la persona como de grado severo.

6. MICOSIS PULMONAR

Será calificada por los criterios establecidos para la tuberculosis pulmonar.

7. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

Dos patologías relevantes forman parte de la enfermedad pulmonar, obstructiva crónica: enfisema pulmonar y bronquitis crónica. Estas se pueden encontrar en forma pura, pero lo más común es encontrarla en forma mixta. En estas personas se tomarán los mismos parámetros descritos en las fibrosis pulmonares (desaturación con el ejercicio y obstrucción por espirometría que no mejora con broncodilatadores).

La incapacidad determinada por estas patologías puede surgir del compromiso orgánico, funcional o de la combinación de ambos.

La repercusión **orgánica** será considerada:

Leve: cuando existan escasos signos físicos y radiológicos (acentuación de la trama bronquial).

Moderada: cuando la obstrucción bronquial ha causado discretos signos físicos y radiológicos (acentuación de la trama bronquial, hilios congestivos, horizontalización costal y diafragmática).

Severa: cuando la obstrucción bronquial ha causado signos físicos marcados (tórax en tonel o enfisematoso con la semiología correspondiente) y signos radiológicos también marcados (acentuación de la trama bronquial, hilios congestivos, horizontalización costal y diafragmática, hiperclaridad pulmonar, bullas, etc.).

La repercusión **funcional** será catalogada:

Leve: cuando los valores de la espirometría se encuentran entre el 65% y 80%.
Moderada: cuando los valores de la espirometría se encuentran entre el 50% y 65%.
Severa: cuando los valores de la espirometría son inferiores al 50%.

APARATO URINARIO Y GENITAL

I. INTRODUCCION

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos del sistema genito-urinario y su ubicación en clases.

La valoración del menoscabo que una enfermedad del sistema genito-urinario produzca en la capacidad de trabajo será evaluada luego que se hayan aplicado las correspondientes medidas terapéuticas (medicamentosas, quirúrgicas, rehabilitación); o después de un tiempo de ocurrido él o los episodios agudos.

El estudio del menoscabo debe tener una concordancia entre los síntomas clínicos, los estudios de laboratorio y funcionales. Para ello deberá contarse con los informes de los médicos tratantes o informes de la asistencia recibida en Instituciones del sistema de salud; los correspondientes exámenes de laboratorio y funcionales pertinentes, así como los resultados de los estudios anátomo patológicos, si ellos se han efectuado.

Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la evaluación final, por parte de él o los médicos peritos actuantes.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

Los impedimentos de carácter oncológico del sistema urinario y genital se deben considerar en el capítulo correspondiente.

En esta sección se incluyen aquellas neoplasias que se consideran extirpadas radicalmente, sin metástasis o siembras a distancia y que al momento de su evaluación no tienen signos o síntomas atribuibles a su enfermedad neoplásica de base. En estos casos la evaluación se realiza considerando las secuelas quirúrgicas y el compromiso funcional de ella derivado. El haber sido sometido a un tratamiento quirúrgico por carcinoma génito-urinario, es una situación que por sí misma no representa incapacidad para el trabajo.

Las derivaciones urinarias permanentes (derivaciones uretero digestivas, ureterostomía cutánea sin intubación, nefrostomía o ureterostomía cutánea con intubación): deberán ser consideradas con los menoscabos producidos por la afección de origen.

En este capítulo el menoscabo del sistema urinario y genital, se divide en:

- Tracto urinario superior (riñón, pelvis y uréter)
- Tracto urinario inferior (vejiga, uretra)

La patología renal debe ser evaluada tomando como base a la función renal del trabajador, independientemente del tipo de daño (tubular, intersticial, glomerular, con síndrome nefrótico o nefrítico).

Las alteraciones anatómicas y funcionales del aparato genital deberán ser consideradas en cada caso en particular teniendo en cuenta la entidad de la misma y la posible perturbación de la capacidad de trabajo. Los menoscabos producidos por impedimentos de los órganos genitales masculinos o femeninos, en principio, no se consideran como productores de incapacidad para el trabajo.

Dado que por sí mismo el impedimento de los órganos genitales masculino y femenino no son invalidantes, sólo se considerará su menoscabo si se encontrara asociado a otra patología del sistema génito-urinario u otro sistema y que a juicio fundado de los peritos actuantes deba valorarse el menoscabo en forma asociada. A tales efectos se adjuntan tablas de valoración para los casos en que se considere la necesidad de valorar el menoscabo.

III. PROCEDIMIENTO DE EVALUACION

Las enfermedades del sistema urinario y genital se objetivan por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio de él o los médicos peritos, solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica:

- Anamnesis (historia actual, antecedentes personales y familiares)
- Examen clínico
- Evolución en el tiempo
- Historia laboral
- Hemograma completo
- Orina completa
- Iones en sangre y orina (sodio, potasio, calcio, fósforo)
- Ph, pCO2, HCO3, en sangre
- Valoración inmunológica (anticuerpos antinucleares y anti DNA, fracciones del complemento, anticuerpos anti-citoplasma de los neutrófilos, anticuerpos anti membrana basal, etc.)
- Proteinograma en orina y/o sangre
- Bacteriuria cuantitativa
- Urocultivo
- Azoemia
- Creatininemia
- Clearance de creatinina de 24 horas
- Antígeno prostático específico
- Marcadores tumorales (gonadotrofina coriónica humana, alfafeto proteína, deshidrogenasa láctica, etc.)
- Citología urinaria
- Biopsia (renal, próstata, etc.)
- Estudios urodinámicos
- Radiografía simple de abdomen
- Urétero-pielograma endovenoso y/o retrógrado
- Cistoureterograma
- Cistograma
- Cistoscopía
- Ureteroscopia diagnóstica
- Ecografía de aparato urinario
- Ecografía abdómino-pelviana
- Ecografía transrectal de próstata
- Tomografía axial computarizada renal y/o abdómino pélvica
- Resonancia nuclear magnética renal y/o abdómino pélvica
- Angiografía renal
- Gamagrafía renal

IV. PRINCIPALES AFECCIONES QUE PRODUCEN MENOSCABO

El objetivo de la siguiente lista tiene como finalidad el mero hecho ilustrativo, no debiéndose considerar excluidas aquellas afecciones no mencionadas y que a juicio de los médicos peritos actuantes, correspondan ser valoradas en esta sección*

- Enfermedades glomerulares
  - Glomerulonefritis en sus diversos tipos
  - Síndrome nefrítico crónico
  - Síndrome nefrótico
  - Trastornos glomerulares en:
    - Enfermedades infecciosas y parasitarias
    - Enfermedades neoplásicas
    - Enfermedades de la sangre y otros trastornos que afectan al mecanismo inmunitario
    - Enfermedades endócrinas, metabólicas y nutricionales
    - Trastornos sistémicos del tejido conjuntivo

- Enfermedad renal túbulo-intersticial
  - Nefritis túbulo-intersticial crónica (nefritis intersticial infecciosa, pielitis, pielonefritis intersticial obstructiva, etc.)
  - Uropatía obstructiva y por reflujo (hidronefrosis obstructiva, hidronefrosis obstructiva por cálculos, pionefrosis, uropatía asociada a reflujo vesico-ureteral, etc.)
  - Afecciones tubulares y túbulo-intersticiales inducidas por drogas y por metales pesados
  - Trastornos túbulo-intersticiales en:
    Enfermedades infecciosas y parasitarias
    Enfermedades neoplásicas
    Enfermedades de la sangre y en trastornos que afectan el mecanismo inmunitario
    Enfermedades metabólicas
    Enfermedades del tejido conjuntivo
- Insuficiencia renal crónica
- Litiasis urinaria (renal, ureteral, vejiga)
- Otros trastornos del riñón y uréter
  - Isquemia e infarto del riñón
  - Ptosis renal

- Otras enfermedades del sistema urinario

Cistitis crónica
Cistitis por irradiación
Vejiga neuropática (atónica, autónoma, etc.)
Fístula vesico-digestiva
Estrechez uretral (postraumática, infecciosa, etc.)
Fístula de la uretra

* Para la enumeración de estas afecciones se ha tomado como guía principal a la "Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud" (CIE-10), Décima revisión (1995), OPS/OMS.

V. VALORACION DEL MENOSCABO

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR

	% MAXIMO
Clase I.	
· Existen síntomas y signos clínicos de patología del tracto urinario superior · No hay evidencias de disfunción	0-15 %
Clase II.	
· Existen síntomas y signos de disfunción intermitente del tracto urinario superior · Existe una disminución de la función del tracto urinario superior, comprobada por una depuración de creatinina de 75 a 90 litros / 24 horas · No requiere tratamiento	16 - 30 %
Clase III.	
· Existen síntomas y signos de patología y disfunción del tracto urinario superior · Existe una disminución de la función del tracto urinario superior, comprobada por una depuración de creatinina de 60 a 75 litros / 24 horas · Tratamiento constante, dirigido sobre todo a la dieta hipoproteica	31 - 50 %
Clase IV.	
· Existen síntomas y signos de patología y disfunción del tracto urinario superior · Existe una disminución de la función del tracto urinario superior, comprobada por una depuración de creatinina de 40 a 60 litros / 24 horas · El tratamiento controla en forma incompleta la disfunción	51 - 70 %
Clase V.	
· Existe una disminución de la función del tracto urinario superior, comprobada por una depuración de creatinina inferior a 40 litros / 24 horas · Los síntomas y signos clínicos de patología y disfunción del tracto urinario superior persisten pese a tratamientos médicos o quirúrgicos	71 - 100 %

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO DE LA VEJIGA

	% MAXIMO
Clase I.	
· Existen signos y síntomas de alteración funcional de la vejiga · No existen elementos de mal funcionamiento entre los episodios de alteración funcional. · Requiere tratamiento intermitente	0 - 15 %
Clase II.	
· Existen signos y síntomas de patología de la vejiga · Existe buena actividad refleja de la vejiga · Requiere tratamiento continuo	16 - 30 %
Clase III.	
· Existen signos y síntomas de patología de la vejiga · Existe pobre actividad refleja (goteo intermitente) y no hay control voluntario	31 - 50 %
Clase IV.	
· Existen signos y síntomas de patología de la vejiga · No hay control reflejo ni voluntario de la vejiga (goteo constante)	51 - 70 %

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO DE LA URETRA

	% MAXIMO
Clase I.	
· Existen síntomas y signos clínicos de patología de la uretra, con elementos de disfunción · Requiere tratamiento intermitente (dilataciones uretrales, etc.)	0-15%
Clase II.	
· Existen síntomas y signos clínicos de patología de la uretra, con elementos de disfunción · No hay control efectivo mediante tratamientos, requiere cateterismo permanente	16 - 30 %

APARATO GENITAL MASCULINO Y FEMENINO

PRINCIPALES AFECCIONES QUE PRODUCEN MENOSCABO

1. GENITAL MASCULINO

HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA
- Sin repercusión urinaria
- Con repercusión urinaria por obstrucción
- Con repercusión urinaria severa por obstrucción (ureterohidronefrosis), se valorará según grado de insuficiencia renal.

CANCER DE PROSTATA

- Tratado quirúrgica o medicamente, sin evidencia de invasión a otros órganos, sin complicaciones o secuelas funcionales.
- Tratado quirúrgica o medicamente, sin evidencia de invasión a otros órganos, con secuelas funcionales; se valorará según grado de insuficiencia renal.
- Tratado quirúrgica o medicamente, con evidencia de invasión a otros órganos o fuera de toda posibilidad de tratamiento, se valorará en el capítulo correspondiente a impedimento neoplásico.

LESION QUIRURGICA ESFINTERIANA CON INCONTINENCIA DE ORINA

- Se valorará según repercusión funcional de acuerdo a parámetros de tablas correspondientes al menoscabo del tracto urinario inferior.

HIDROCELE, QUISTES DEL CORDON, VARICOCELE, ETC.
- Sin incapacidad laboral.

TUMORES DE TESTICULO
- Con tratamiento médico y/o quirúrgico (orquiectomía simple o con vaciamiento ganglionar), sin complicaciones o secuelas y sin evidencia de metástasis; no se consideran incapacitantes para el trabajo.
- Con tratamiento médico y/o quirúrgico, con complicaciones y secuelas, sin evidencias de metástasis; se valorarán de acuerdo al menoscabo anátomo-funcional derivado.

- Con tratamiento médico y/o quirúrgico o fuera de posibilidades terapéuticas, con evidencia de metástasis, se valorará en el capítulo correspondiente a impedimento neoplásico.

CANCER DE PENE

- Con tratamiento médico y/o quirúrgico (penectomía), sin complicaciones o secuelas, sin evidencia de metástasis, no se considera incapacitante para el trabajo (valorar componente psicológico).
- Con tratamiento médico y/o quirúrgico, con complicaciones o secuelas, con evidencia de metástasis; se valorará en el capítulo correspondiente a impedimento neoplásico.

PENECTOMIA, ORQUIECTOMIA (POST-TRAUMATICAS)
- No se consideran incapacitantes para el trabajo (valorar el componente psicológico).

2. GENITAL FEMENINO

MASTECTOMIAS

Los casos de mastectomía simple, radical o subradical, sin secuelas o complicaciones, sin evidencia de metástasis; no se consideran productoras de incapacidad para el trabajo.
Podrá considerarse como portadora de menoscabo la persona a la que se la ha realizado una mastectomía y presente:
a) Linfedema del miembro superior, importante, que limite la función del miembro para las actividades laborales o las tareas de la vida cotidiana.
b) Retracción axilar o axilo-pectoral severas.
c) Lesiones de actinoterápia (en actividad) como ser radiodermitis o neumopatía actínica.
d) Presencia de recidiva local o adenopatías regionales.

La valoración de las lesiones secuelares de mastectomía antes descritas, se deberán hacer en el órgano o sistema afectado. Los casos de cáncer mamario, inoperables o fuera de otro tipo de posibilidad terapéutica, deberán ser valorados en el capítulo de impedimento neoplásico.

HISTERECTOMIA

- Histerectomía total o parcial por miomatosis, sin secuelas; no es considerada incapacitante para el trabajo.
- Histerectomía total y/o con anexetomía y/o con resección ganglionar, por carcinoma de útero u ovario, sin secuelas o metástasis; no es considerada incapacitante para el trabajo.
- Histerectomía total y/o con anexetomía y/o resección ganglionar, por carcinoma de útero u ovario, con invasión pelviana y/o metástasis; deberá ser valorada en el capítulo de impedimento neoplásico.

VULVECTOMIA RADICAL
- Sin secuelas complicaciones, no es incapacitante para el trabajo (valorar componente psicológico).

PROLAPSO PELVIANO
- Con tratamiento quirúrgico, sin secuelas, no es incapacitante para el trabajo.
- Con tratamiento quirúrgico, con secuelas (incontinencia urinaria, fístulas), se valorará según etiología y posibilidad de nueva reparación quirúrgica, de acuerdo a las tablas correspondientes al daño anátomo funcional resultante.
- En todos los casos, del punto de vista médico laboral se deberá considerar el tipo de tareas que realiza la persona. Si la misma consiste en esfuerzos físicos importantes, que aumenten la presión intra-abdominal y ejerza su efecto sobre el piso pelviano, se deberá considerar el cambio de tareas, antes de asignar menoscabo.

VALORACION DEL MENOSCABO

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO DE LOS ORGANOS GENITALES MASCULINOS

		% MAXIMO
Clase I	· Es posible la función sexual. · Presenta dificultad en la erección, eyaculación, la conciencia de ésta o ambas.	0 - 7 %
Clase II	· Es posible la función sexual · Presenta erección suficiente pero sin eyaculación.	8 - 15 %
Clase III	· No es posible la función sexual	16 - 20 %

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR ALTERACIONES DE: TESTICULO, EPIDIDIMO Y CORDON ESPERMATICO

		% MAXIMO
Clase I	· Existen síntomas y signos clínicos de enfermedad de los testículos, epidídimo y cordón espermático, solos o combinados, registrándose alteraciones anatómicas. · No requiere tratamiento constante. · No existe disfunción seminal u hormonal. · Existe un solo testículo.	0 - 7 %
Clase II	· Existen síntomas y signos clínicos de enfermedad de los testículos, epidídimo y cordón espermático, solos o combinados, registrándose alteraciones anatómicas. · Requiere tratamiento constante. · Existe disfunción seminal u hormonal demostrable.	8 - 15 %
Clase III	· La enfermedad o el trauma produce pérdida anatómica bilateral. · Existe disfunción seminal u hormonal demostrable.	16 - 20 %

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO DE LA PROSTATA Y VESICULAS SEMINALES

		% MAXIMO
Clase I	· Existen síntomas y signos clínicos esporádicos de disfunción de la próstata, vesículas seminales o ambas. · Existe alteración anatómica. · No requiere tratamiento constante.	0 - 7%
Clase II	· Existen síntomas y signos clínicos frecuentes de disfunción de la próstata, vesículas seminales o ambas. · Existe alteración anatómica. Requiere tratamiento constante.	8 - 15 %
Clase III	· Existe ablación de la próstata, vesículas seminales o ambas. Existe alteración anatómica · Requiere tratamiento constante	16 - 20 %

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO DE VULVA Y VAGINA

% MAXIMO

Clase I

- Existen síntomas y signos clínicos de enfermedad o deformidad de la vulva, vagina o de ambas.
- No requiere tratamiento constante.
- Es posible el coito.
- La vagina está preparada para el parto vaginal, durante los años premenopáusicos. 0 - 7 %

Clase II

- Existen síntomas y signos clínicos de enfermedad o deformidad de la vulva, vagina o de ambas.
- Requiere tratamiento constante.
- Es posible el coito pero con diferentes grados de dificultad.
- Está limitada la adecuación para el parto por vía vaginal. 8 - 15 %

Clase III

- Existen síntomas y signos clínicos de enfermedad o deformidad de la vulva y vagina, o de ambas, que no están controladas por el tratamiento.
- No es posible el coito.
- No es posible el parto por vía vaginal. 16 - 20 %

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS DEL UTERO Y CUELLO UTERINO

% MAXIMO

Clase I

- Existen síntomas y signos clínicos de enfermedad o deformidad del útero o cuello.
- No requiere tratamiento constante.
- Existe pérdida del útero, cuello o ambos, luego de la menopausia. 0 - 7 %

Clase II

- Existen síntomas y signos clínicos de enfermedad o deformidad del útero, cuello o ambos.
- Requiere tratamiento continuo. 8 - 15 %
- Existe estenosis cervical que requiere tratamiento continuo.

Clase III

- Existen síntomas y signos clínicos de enfermedad o deformidad del útero, cuello o ambos, que no son controlados por el tratamiento continuo.
- La estenosis cervical es completa. 16 - 20 %
- Hay pérdida anatómica y/o funcional del útero, cuello o ambos, en los años premenopáusicos.

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS DE LAS TROMPAS DE FALOPIO Y OVARIOS

% MAXIMO

Clase I

- Existen síntomas y signos de enfermedad o deformidad de las Trompas de Falopio, ovarios o de ambos.
- No requiere tratamiento continuo. 0-7%
- Existe pérdida bilateral de las Trompas de Falopio, ovarios o ambos, luego de menopausia.

Clase II

- Existen síntomas y signos clínicos de enfermedad o deformidad de las Trompas de Falopio, ovarios o ambos.
- Requiere tratamiento continuo.
- Hay persistencia de la abertura de las trompas y es posible la ovulación y fertilización. 8-15%

Clase III

- Existen síntomas y signos clínicos de enfermedad o deformidad de las Trompas de Falopio, ovarios o ambos.
- Hay pérdida total de abertura de las trompas, o falla total para producir óvulos u oforectomía bilateral, en los años premenopáusicos. 16 - 20%

VI. ANEXO TECNICO

1. AFECCIONES EVALUABLES

A) RENALES:

- Congénitas:
  - Poliquistosis renal bilateral
  - Riñón poliquístico unilateral
  - Riñón poliquístico único
  - Agenesia de un riñón
- Infecciosas:
  - inespecíficas agudas
  - inespecíficas crónicas
  - específicas: tuberculosis
- Glomerulonefritis
- Traumáticas
- Tumorales
- Otras: Litiasis, Ptosis renal
- Síndrome nefrótico
- Nefrectomías

B) VIAS URINARIAS:

- Estenosis pieloureteral
- Infecciones específicas: tuberculosis
- Tumores
- Incontinencia urinaria
- Capacidad vesical disminuida
- Vejiga neurógena
- Fístulas
- Estrechez uretral

2. CRITERIOS DE VALORACION

A) RENALES

- **Congénitas:** El grado de incapacidad está determinado por las complicaciones que pueden surgir durante su evolución y de las consecuencias de las mismas y no de la afección por sí misma.
- **Infecciones Inespecíficas:** Sólo se evaluarán las afecciones crónicas. El diagnóstico requiere de la existencia de los siguientes elementos: Clínicos (signos y síntomas de infecciones urinarias a repetición). Humorales (piuria, cilindruria, bacteriuria) e Imagenológicos (alteraciones parenquimatosas, pielocaliciales, etc.)
- **Infecciones Específicas:** (tuberculosis) durante la fase de tratamiento, no se considera invalidante. Las recidivas o las secuelas se valorarán una vez agotadas todas las posibilidades terapéuticas y de acuerdo al grado de insuficiencia renal.
- **Glomerulonefritis:** se valorará de acuerdo a su evolución y el grado de insuficiencia renal.
- **Traumatismos Renales:** se valorarán de acuerdo a las secuelas o complicaciones (I. Renal, Hipertensión Arterial, Litiasis Renal, Pielonefritis crónica, Uronefrosis, etc.).
- **Tumores benignos o malignos:** de acuerdo a secuelas anatómicas o funcionales. Los tumores malignos evolucionados o fuera de posibilidades de tratamiento quirúrgico serán valorados de acuerdo a los criterios del capítulo sobre impedimentos neoplásicos.
- **Ptosis Renal:** para considerarla de valor patológico debe originar alteraciones anátomo funcionales sobre la vía canalicular, irrigación renal o plexos nerviosos vecinos, debidamente comprobadas. En ese caso se la valorará de acuerdo a los criterios correspondientes al tracto urinario superior.
- **Litiasis Renal:** se valorará las características anatómicas de

la litiasis (única o múltiple; unilateral o bilateral); su componente obstructivo: su cronicidad y respuesta a los diversos tipos de tratamientos y principalmente su incidencia sobre la función renal.

- **Nefrectomías**: si bien se considera que una nefrectomía parcial o total (con función renal conservada) deja a la persona en situación de desventaja; mientras no existan elementos de Insuficiencia Renal. no debe considerarse como productora de un menoscabo para el trabajo. A pesar de ello en todos los casos deberá prestarse especial atención al tipo de tareas sobre todo en las situaciones en que la persona se encuentre en contacto con productos nefrotóxicos o la posibilidad de traumatismo severo que pongan en riesgo la integridad anátomo funcional de riñón remanente. En los casos en que se comprueben en el medio ambiente laboral de las condiciones adversas antes mencionadas. se deberá plantear la reubicación laboral.

B) VIAS URINARIAS

- **Estenosis pieloureteral**: deberá valorarse en función de las terapéuticas realizadas así como el compromiso anátomo funcional sobre el parénquima renal (uronefrosis e insuficiencia renal).
- **Infecciones específicas**: se valoran con igual criterio que para la tuberculosis renal.
- **Tumores benignos o malignos**: se valoran con igual criterio que los tumores renales (compromiso anátomo funcional y existencia o no de derivación urinaria) así como se deberá tener en cuenta el tipo de tareas y terreno psíquico (valoración psiquiátrica).
- **Incontinencia urinaria**: se deberá valorar si es esporádica o permanente. a esfuerzos importantes o mínimos y su incidencia en la vida laboral o cotidiana de la persona.
- **Vejiga Neurógena**: se valorará de acuerdo a la etiología.

3. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Del punto de vista clínico. son especialmente relevantes la anemia crónica. hipertensión arterial. osteodistrofias y polineuropatía periférica.

Del punto de vista del laboratorio. debe prestarse atención a la albuminuria. aumento de la creatinina sérica y disminución de los valores de la filtración glomerular.

Los porcentajes de incapacidad expresados en el cuadro. deben entenderse como un elemento orientador para el perito actuante.

Grado	Leve	Moderado	Severo
Clearance de Creatinina	> 50 ml/min	25-49 ml/min	< 25 ml/min
Creatininemia	< 2.5 mg/%	3.9-2.5 mg/%	> 4 mg/%
Hematocrito	> 30%		< 25 %
INCAPACIDAD	**0 - 15%**	**15 - 40%**	**40 - 70%**

Cuando la persona deba someterse a diálisis renal periódica. la severidad del daño lo refleja la función renal existente. previa al inicio de la diálisis.

Cuando la persona se sometió a transplante renal. se requerirá un período de observación no menor a seis meses. para determinar qué grado de mejoría ha alcanzado y valorarlo de acuerdo a las clases correspondientes.

APARATO DIGESTIVO

I. INTRODUCCION

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos digestivos y su ubicación en clases.

La valoración del menoscabo que una enfermedad digestiva produzca en la capacidad de trabajo. será evaluado luego que se hayan aplicado las correspondientes medidas terapéuticas (medicamentosas. quirúrgicas. rehabilitación). o después de un tiempo de ocurrido él o los episodios agudos.

El estudio del menoscabo debe tener concordancia entre los síntomas clínicos. los estudios de laboratorio y funcionales. Para ello deberá contarse con los informes de los médicos tratantes e informes de la asistencia recibida en Instituciones del sistema de salud: los correspondientes estudios de laboratorio o funcionales pertinentes. así como los resultados de los estudios anátomo patológicos. si ellos se han efectuado.

Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la evaluación final. por él o los médicos peritos actuantes.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

En esta sección se incluyen aquellas neoplasias que se consideran extirpadas radicalmente. sin metástasis o siembras a distancia y que al momento de su valoración. no tienen signos o síntomas atribuibles a su enfermedad neoplásica de base.

En estos casos la evaluación se efectúa considerando las secuelas quirúrgicas y el compromiso funcional derivado de la ausencia total o parcial de un órgano o segmento del tubo digestivo.

En esta sección se deben considerar también. los defectos de la pared abdominal irreparables quirúrgicamente.

En esta sección el menoscabo del sistema digestivo se divide en:

1. ESOFAGO
2. ESTOMAGO - DUODENO
3. INTESTINO DELGADO.
4. COLON - RECTO.
5. PANCREAS EXOCRINO
6. HIGADO Y VIAS BILIARES. .
7. ESTOMAS QUIRURGICOS DIGESTIVOS.
8. PARED ABDOMINAL

V. PROCEDIMIENTO DE EVALUACION

Las enfermedades del aparato digestivo se objetivan por los siguientes estudios: los cuales constituyen guía indicativa, quedando a juicio de él o los médicos peritos. solicitar otros estudios que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica:

1. Anamnesis (historia actual. antecedentes personales y familiares)
2. Examen físico.
3. Evolución en el tiempo.
4. Historia laboral.
5. Radiografías simples y/o contrastadas.
6. Endoscopias.
7. Biopsia
8. Estudios citológicos.
9. Estudios de laboratorio (hemograma. proteinograma. inograma. Fe. Sérico. dosificación de B12 y folatos. etc.).
10. Estudios funcionales (motilidad. absorción. secreción. bacteriológicos. etc.).
11. Otros estudios (Tomografía computarizada. etc.)

V. PRINCIPALES AFECCIONES QUE PRODUCEN MENOSCABO

El objetivo de la siguiente lista tiene como finalidad el mero hecho ilustrativo. no considerándose excluyentes aquellas afecciones no mencionadas y que a juicio de los médicos peritos actuantes. correspondan ser valoradas en esta sección:*

- **Enfermedades del tubo digestivo**
  - Esofagitis
  - Reflujo gastro-esofágico
  - Acalasia del cardias
  - Obstrucción del esófago
  - Ulceras del esófago
  - Megaesófago
  - Ulcera gástrica
  - Ulcera duodenal
  - Ulcera gastroyeyunal (anastomótica, etc.)
  - Gastritis
  - Duodenitis
  - Colitis ulcerativas
  - Enfermedad de Crohn
  - Colitis y gastroenteritis por radiación. tóxicas. dietéticas
  - Síndrome del colon irritable
  - Megacolon
  - Enfermedad diverticular del intestino
  - Trastornos vasculares de los intestinos
  - Trastornos funcionales del intestino
  - Malabsorción intestinal (Enfermedad Celíaca, síndrome del asa ciega, etc.)
  - Enfermedad de Whipple
  - Fisura y fístula de las regiones anal y rectal

- **Enfermedades del hígado**
  - Hepatopatía alcohólica
  - Cirrosis hepática alcohólica
  - Hepatopatías tóxicas
  - Insuficiencias hepáticas de diversos orígenes
  - Hepatitis crónica
  - Cirrosis biliar
  - Trastornos del hígado en enfermedades infecciosas y parasitarias
  - Trastornos del hígado de otras enfermedades como: granulomatosis hepática en beriliosis, sarcoidosis
  - Hipertensión portal

- **Enfermedades del páncreas**
  - Colangitis
  - Obstrucción de la vía biliar
  - Colescisto - Pancreatitis crónica
  - Pancreatitis crónica: alcohólica, infecciosa, etc.

- **Pared abdominal**
  - Hernia diafragmática
  - Hernia inguinal
  - Hernia femoral
  - Eventraciones
  - Fístulas digestivas crónicas

*Para la enumeración de estas afecciones, se ha tomado como guía principal a la "Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud" (CIE-10), Décima revisión (1995), OPS/OMS.

V. VALORACION DEL MENOSCABO

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS DEL ESOFAGO

% MAXIMO

CLASE I.
- Existen síntomas y signos de afección funcional del esófago (disfagia esporádica para sólidos)
- No requiere tratamiento continuo.
- Mantiene su peso habitual. — 0 - 15 %

CLASE II.
- Existen síntomas y signos de afección funcional del esófago y alteraciones anatómicas (disfagia esporádica, signos de esofagitis, reflujo G-E)
- Requiere tratamiento dietético y/o medicamentoso, continuo.
- Puede necesitar dilataciones esofágicas..
- Puede tener pérdida de peso que no sobrepasa el rango normal (menor del 10%). — 16 - 30 %

CLASE III.
- Existen síntomas y signos de afección funcional del esófago y alteraciones anatómicas (disfagia para sólidos, signos de esofagitis y reflujo G-E)
- El tratamiento no logra controlar sus síntomas.
- Hay compromiso del estado general con pérdida de peso en rango moderado (mayor del 10%). — 31 - 50 %

CLASE IV.
- Existen síntomas y signos severos de afección esofágica con alteraciones anatómicas (disfagia para sólidos y líquidos, signos de estenósis esofágica)
- Los síntomas y signos no son controlados por el tratamiento.
- Hay pérdida de peso severa pero mantiene situación estable pese a sus condiciones funcionales. — 51 - 70 %

CLASE V.
- Existen síntomas y signos severos de afección esofágica con alteraciones anatómicas.
- Tiene pérdida de peso severa.
- Se intentó tratamiento quirúrgico sin resultados.
- Puede ser portador de esfagostoma o gastrostoma — 71 - 100 %

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS GASTRICOS Y DUODENALES

% MAXIMO

CLASE I.
- Presenta síntomas y signos funcionales esporádicos que ceden sin medicación, pero no necesariamente existe una alteración anatómica.
- No requiere tratamiento continuo.
- Mantiene su peso habitual. — 0 - 15 %

CLASE II.
- Presenta signos y síntomas funcionales.
- Presenta alteración anatómica (signos de lesiones mucosas demostrables radiológica y endoscopicamente).
- Requiere tratamiento dietético y/o medicamentoso, continuo.
- Hay trastornos nutritivos con pérdida de peso que no sobrepasa el rango normal (< 10%). — 16 - 30 %

CLASE III.
- Presenta signos y síntomas funcionales severos.
- Presenta alteraciones anatómicas.
- El tratamiento no logra controlar sus síntomas.
- Hay trastornos nutritivos con pérdida de peso en rango moderado (> 10%). Anemia con Hto. > 30% e hipoalbuminemia > 3 gr% — 31 - 50 %

CLASE IV.
- Presenta síntomas y signos de lesión orgánica de estómago y/o duodeno.
- Presenta alteraciones anatómicas.
- El tratamiento no logra controlar sus síntomas.
- Hay trastornos nutritivos con pérdida de peso en rango severo, compromiso del estado general y edemas. — 51 - 70%

CLASE V.
- Presenta signos y síntomas de lesión orgánica de estómago y/o duodeno, con alteraciones anatómicas.
- Tratamiento quirúrgico sin resultados.
- Hay trastornos nutritivos con pérdida de peso en rango severo, anemia e hipoproteinemia (hematocrito menor de 30% e hipoalbiminemia menor de 3 gr. %), irreductibles con el tratamiento). — 71 - 100 %

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS DEL INTESTINO DELGADO

% MAXIMO

CLASE I.
- Existen signos y síntomas de lesión orgánica intestinal.
- No requiere tratamiento continuo.
- Mantiene peso habitual. — 0 - 15 %

CLASE II.

- Existen signos y síntomas de lesión orgánica intestinal.
- Requiere tratamiento dietético y/o medicamentoso, continuo. 16 - 30%
- Puede existir pérdida de peso en el rango normal (< 10 %).

CLASE III.

- Existen signos y síntomas de lesión orgánica intestinal.
- Requiere tratamiento dietético y medicamentoso.
- Hay trastornos nutritivos con pérdida de peso de rango moderado (> 10%). 31 - 50 %

CLASE IV.

- Existen signos y síntomas severos de lesión orgánica intestinal.
- Requiere tratamiento dietético y medicamentoso.
- Hay trastornos nutritivos con pérdida de peso de rango severo (anemia con hematocrito > 30% e hipoalbuminemia). 51 - 70%

CLASE V.

- Existen signos y síntomas severos de lesión orgánica intestinal (diarreas severas, proctorrágias, puede tener incontinencia y/o estoma).
- El tratamiento no controla la sintomatología.
- Hay trastornos nutritivos con pérdida de peso de rango severo (anemia con hematocrito > 30% e hipoalbuminemia > 3 gr.%). 71 - 100%

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS DEL COLON Y RECTO

% MAXIMO

CLASE I.

- Existen signos y síntomas de patología del colon y/o recto.
- No requiere tratamiento.
- No hay pérdida del peso habitual. 0 - 15%

CLASE II.

- Existen signos y síntomas de patología del colon y/o recto.
- Requiere tratamiento dietético y medicamentoso.
- No hay pérdida de peso. 16 - 30 %

CLASE III.

- Existen signos y síntomas de patología del colon y/o recto.
- Requiere tratamiento dietético y medicamentoso continuo.
- Hay trastornos nutritivos, anemia y pérdida de peso de rango moderado (> 10%).
- Puede existir ligera incontinencia anal, que cede con el tratamiento. 31 - 50 %

CLASE IV.

- Existen signos y síntomas de patología del colon y/o recto.
- Requiere tratamiento continuado, pero que no logra controlar la sintomatología.
- Existen trastornos nutritivos, con pérdida de peso de rango severo.
- Puede existir incontinencia anal, pero ella puede ser parcialmente controlada con el tratamiento permanente. 51 - 70 %

CLASE V.

- Existe patología de colon y/o recto sin mejoría luego de tratamiento quirúrgico (colectomía, etc.)
- Puede existir incontinencia anal, pero ella es total y no es posible controlar con el tratamiento.
- Pueden existir fistulas y/o estenosis.
- Hay trastorno nutritivo, con anemia (hematocrito persistentemente por debajo de 30%) y pérdida de peso severa. 71 - 100 %

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS DEL PANCREAS EXOCRINO

% MAXIMO

CLASE I.

- Existen signos y síntomas de patología pancreática.
- No requiere tratamiento continuo.
- No hay pérdida del peso habitual. 0 - 15 %

CLASE II.

- Existen signos y síntomas de patología pancreática.
- Requiere tratamiento dietético y medicamentoso.
- Puede haber trastorno nutritivo y cierta pérdida de peso de rango leve (< 10%). 16 - 30 %

CLASE III.

- Existen signos y síntomas de patología pancreática.
- Requiere tratamiento dietético y medicamentoso.
- Hay trastorno nutritivo y pérdida de peso de rango moderado (> 10%). 31 - 50 %

CLASE IV.

- Existen signos y síntomas severos de patología pancreática.
- El tratamiento no logra controlar la sintomatología.
- Hay trastorno nutritivo y pérdida de peso de rango severo.
- Puede existir diabetes mellitus que se controla con hipoglucemiantes orales. 51 - 70 %

CLASE V.

- Existen signos y síntomas severos de patología pancreática.
- El tratamiento no logra controlar la sintomatología.
- Hay trastorno nutritivo y pérdida de peso de rango severo.
- Existe diabetes mellitus que requiere tratamiento con insulina. 71 - 100 %

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS DEL HIGADO Y VIAS BILIARES

% MAXIMO

CLASE I.

- Existe patología hepática y/o biliar, con escasa sintomatología.
- No requiere tratamiento continuo para el control de su sintomatología.
- Las pruebas funcionales están débilmente alteradas.
- No hay pérdida de peso. 0 - 15 %

CLASE II.

- Existe patología hepática y/o biliar.
- Las pruebas de función hepática

- están moderadamente alteradas.
- Requiere tratamiento para el control de su sintomatología.
- No hay pérdida de peso. 16 - 30 %

CLASE III.

- Existen signos y síntomas de patología hepática y/o biliar.
- Las pruebas de función hepática están severamente alteradas.
- Puede existir ictericia recurrente.
- Hay pérdida de peso de rango moderado. 31 - 50 %

CLASE IV.

- Existen signos y síntomas severos de patología hepática y/o biliar.
- Las pruebas de función hepática están severamente alteradas.
- Existen signos de hipertensión portal, ascitis o ictericia en grado variable.
- Existen signos de desnutrición y pérdida de peso.
- La obstrucción de la vía biliar es irreparable.
- Presenta colangitis a repetición. 51 - 70 %

CLASE V.

- Existen signos y síntomas severos de patología hepática y/ biliar.
- La obstrucción de la vía biliar es completa e irreparable.
- Existen signos de hipertensión portal y manifestaciones del S.N.C. (encefalopatía hepática)
- Las pruebas de función hepática están severamente alteradas. 71 - 100 %

ESTOMAS QUIRURGICOS DIGESTIVOS

Se le deberá asignar menoscabo a la existencia de un estoma quirúrgico, sólo si el mismo es de carácter permanente.

	% MAXIMO
· Esofagostomía	
· Gastrostomía	
· Yeyunostomía	50%
· Ileostomía	
· Colostomía	

PARED ABDOMINAL (HERNIAS - EVENTRACIONES)

% MAXIMO

CLASE I.

- El defecto de la pared abdominal es palpable 10%
- Presenta protrusión leve en el sitio de defecto que aumenta con el incremento de la presión abdominal y es rápidamente reductible.
- Ocasionalmente presenta disconfort en la zona del defecto
- No hay impedimento de la actividad laboral

CLASE II.

- El defecto de la pared abdominal es palpable 20%
- Presenta protrusión persistente en el sitio de defecto que aumenta con el incremento de la presión abdominal y es reductible manualmente
- Frecuentemente presenta disconfort en la zona de defecto
- Hay impedimento en el levantamiento de cargas pesadas pero no a las actividades habituales

CLASE III.

- El defecto de la pared abdominal es palpable 30%
- Presenta protrusión persistente e irreductible en el sitio de defecto
- Hay limitación en las actividades habituales

VI. ANEXO TECNICO

En la valoración de las enfermedades del sistema digestivo deberán diferenciarse:

a) Patologías del tubo digestivo
b) Patologías de los órganos anexos: hígado, vías biliares y páncreas.

La incidencia laboral de las patologías es medible a través del estado nutricional, secuelas anátomo funcionales y respuesta a los tratamientos médicos y/o quirúrgicos. También deberá tenerse en cuenta la existencia de condiciones ambientales adversas (ej: trabajo con sustancias químicas hepatotóxicas) que incidan en la evolución del menoscabo.

· Esófago

a) **Esofagitis por Reflujo**: el reflujo demostrado radiologicamente, sin otras manifestaciones, no se considera invalidante. Se considerarán como productoras de menoscabo las secuelas de esofagitis cáustica o por reflujo, cuando existan síntomas y signos comprobados por estudios complementarios. Para ello deberá clasificarse el grado de menoscabo de acuerdo a la tabla correspondiente.

b) **Divertículos esofágicos**: no son invalidantes, salvo que causen complicaciones (ej: neumopatías por aspiración) las cuales serán valoradas en cada caso en particular.

c) **Trastornos motores**: (espasmos, acalasia, secuelas postquirúrgicas) no son invalidantes salvo que causen compromiso funcional valorado según la tabla correspondiente.

d) **Várices esofágicas**: por si solas no son invalidantes. Deberá valorarse de acuerdo a etiología y su repercusión funcional (insuf. Hepática, hemorrágias digestivas, etc.). Las várices esclerosadas serán evaluadas de acuerdo al compromiso funcional hepático y la reiteración o no de las hemorragias digestivas. La derivación quirúrgica de las várices se valorará de acuerdo al mismo criterio.

e) **Hernia Hiatal**: comprobadas radiologicamente, sin complicaciones; no causan incapacidad. Deberán valorarse las complicaciones (reflujo, esofagitis) y si han sido tratadas quirurgicamente, se evaluará su estado secuelar.

· Estómago - Duodeno

a) **Ulceras Duodenales**: por sí mismas no son causantes de invalidez. En caso de presentar complicaciones y/o secuelas funcionales, se valorarán de acuerdo a las tablas correspondientes.

b) **Ulceras Gástricas**: se plantea igual criterio que para las úlceras duodenales.

c) **Gastrectomía Total o Parcial**: no se consideran causante de incapacidad laboral, salvo la existencia de complicaciones o secuelas funcionales que comprometan el estado general de la persona. En estas situaciones y con deterioro debidamente documentado, se procederá a realizar la evaluación del menoscabo de acuerdo a los términos de las tablas correspondientes.

d) **Cáncer Gástrico**: inoperable o con evidencia de extensión a otros órganos o sistemas y/o toque del estado general, deberá ser valorado en el capítulo correspondiente a impedimento neoplásico. En caso de haberse realizado tratamiento quirúrgico, la valoración del menoscabo deberá realizarse de acuerdo al compromiso anátomo-funcional resultante; de acuerdo a las tablas correspondientes.

· Intestino Delgado - Intestino Grueso y Recto

a) **Divertículo de Meckel**: no es causal de incapacidad laboral.

b) **Enfermedades Vasculares del Intestino**: se valorarán de acuerdo a las secuelas quirúrgicas, fundamentalmente las secuelas funcionales (alteraciones de la absorción, desnutrición). Las alteraciones del sistema vascular en otros aparatos o sistemas, deberá ser valorada en el capítulo correspondiente y sumados sus menoscabos.

c) **Ileostomías Definitivas:** causan siempre un menoscabo de grado severo, debiéndose tener especial atención en la valoración de la enfermedad de base.

d) **Cáncer de Intestino Delgado**: si es inextirpable o se comprueba extensión a otros órganos o sistemas deberá ser valorado en el capítulo de impedimento neoplásico. Si se realizó resección quirúrgica, la incapacidad estará en función del trastorno funcional derivado (alteraciones de la absorción, desnutrición).

e) **Enfermedad Diverticular**: sin complicaciones, no es incapacitante. Si es complicada, la valoración se hace por las secuelas, luego de los episodios agudos. Si se ha realizado tratamiento quirúrgico con resec-

ción, se valorará según secuelas anátomo-funcionales. Si persiste con colosctomía definitiva, el menoscabo deberá considerarse como severo.

f) **Colitis Ulcerosa**: el simple diagnóstico a través de los estudios complementarios correspondientes, no determina incapacidad. Las secuelas funcionales, debidamente comprobadas deberán valorarse de acuerdo a las tablas correspondientes. Puede ser necesario la valoración psiquiátrica de la persona. La valoración del menoscabo deberá hacerse fuera de los episodios agudos de la enfermedad, siempre y cuando la evolución de la misma lo permita.

g) **Cáncer de Colon**: si no se ha podido realizar tratamiento quirúrgico y se comprueba invasión de otros órganos o toque de estado general de la persona; la valoración del menoscabo deberá realizarse de acuerdo a los parámetros contenidos en el capítulo correspondiente a impedimento neoplásico. Si se ha realizado tratamiento quirúrgico, la valoración del menoscabo deberá realizarse de acuerdo a las secuelas anátomo funcionales resultantes. Si ha persistido con colostomía definitiva, la valoración deberá prestar atención a la tarea de la persona ya que existen posibilidades de un desempeño laboral acorde a la situación.

h) **Incontinencia Esfinteriana Anal**: deberá tenerse en cuenta si la incontinencia es para gases, líquidos y/o sólidos. Deberá valorarse la patología de base así como el tipo y las condiciones en que la persona desempeña su trabajo.

- **Páncreas**

a) **Pancreatitis agudas**: su valoración no debe realizarse en la etapa aguda. La valoración de la incapacidad deberá tener en cuenta las complicaciones o secuelas anátomo funcionales derivadas.

b) **Pancreatitis crónicas**: deberán valorarse de acuerdo a las pautas contenidas en las tablas correspondientes.

- **Hígado**

Se tendrán en cuenta para la valoración de la incapacidad provocada por las hepatopatías crónicas: signos clínicos y humorales.

1. Signos clínicos:

- Signos mayores: encefalopatía (obnubilación, coma)
  síndrome ascítico edematoso
- Signos menores: ictericia
  hepato-esplenomegalia
  estigmas periféricos
  várices esofágicas

2. Signos humorales:

- Bilirrubina más de 2,5 mg% (a expensas de la directa)
- Tiempo de protrombina menor de 60%
- Colesterolemia menor de 150 mg.%
- Albúminemia menor de 3 gr.%
- Transaminasas (TGO y TGP) mayor del doble de los valores normales.

INDICE DE CHILD: marcador del compromiso de la función hepática en hepatopatías crónicas. Los porcentajes de incapacidad indicados en la tabla deben entenderse como indicativos para el perito actuante.

	A	B	C
	Normal o leve	**moderado a severo**	**severo**
Albúmina (g/dl)	> 3,50	3-3,50	< 3
Bilirrubina (mg/dl)	< 2	2-3	> 3
Protrombina	> 70%	40-70%	< 40%
Ascitis	no	moderada	abundante
Encefalopatía	no	manejable facilm.	Severa
INCAPACIDAD	**0-30%**	**30-70%**	**> 70%**

- **Obesidad**

Se evaluará como factor de riesgo o como signo o noxa coadyuvante en otras patologías:

- Patologías médico-quirúrgicas (diabetes, gota, hernia, etc.)
- Patologías ósteo-mio-articulares y neurológicas
- Patologías cardiocirculatorias centrales y periféricas
- Patologías respiratorias
- Patologías psiquiátricas

La valoración de la incidencia de este menoscabo resultará de aplicar los criterios de evaluación que correspondan a cada sistema involucrado. A modo de ejemplo, para asignar menoscabo deberá constatarse algunos de los siguientes factores:

1. Historia de dolor y limitación funcional en cualquier articulación que soporta paso o en la columna vertebral, asociado a evidencia radiológica de artrosis de dicha articulación, de la columna o de ambas.
2. Hipertensión arterial con presiones diastólicas persistentes iguales o mayores a 100 mm. Hg.
3. Insuficiencia cardíaca congestiva compensada o no.
4. Insuficiencia venosa crónica en una o ambas extremidades inferiores, con dolor y/o edema persistente.
5. Enfermedad respiratoria con capacidad vital forzada inferior a 20 litros/minuto o un nivel de hipoxemia significativo, según valoración en Sistema Respiratorio.

- **Desnutrición (bajo peso)**

Para asignar menoscabo por bajo peso, el trabajador deberá necesariamente presentar algunos de los siguientes factores:

1. Hipoproteinemia persistente con albúmina menor o igual a 3 gr%
2. Hematocrito persistente con valores iguales o menores a 30%
3. Calcemia menor o igual a 8 mgr.%
4. Diabetes mellitus no controlada
5. Grasa en heces igual o mayor a 7.0 gramos.
6. Nitrógeno en heces igual o mayor a 3.0 gramos.
7. Edema y/o ascitis persistentes, no atribuibles a otra etiología

PIEL

I. INTRODUCCION

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos de la piel y su ubicación en clases.

La valoración del menoscabo que una enfermedad de la piel produzca en la capacidad de trabajo será evaluada luego de que se hayan aplicado las correspondientes medidas terapéuticas (medicamentosas, quirúrgicas, rehabilitación); o después de un tiempo de ocurrido él o los episodios agudos.

El estudio de un menoscabo debe tener concordancia entre los síntomas clínicos, los estudios de laboratorio y funcionales. Para ello deberá contarse con los informes de los médicos tratantes e informes de la asistencia recibida en Instituciones del sistema de salud; los correspondientes estudios de laboratorio y funcionales pertinentes así como los resultados de los estudios anátomo patológicos, si ellos se han efectuado.

Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la valoración final, por él o los médicos peritos actuantes.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

Para evaluar las lesiones de piel se tomará en cuenta: la zona afectada, la profundidad y extensión de la lesión, la repercusión funcional y el grado de dificultad laboral que ocasionan. En función de estos factores se fijará el grado de incapacidad dentro de las clases establecidas.

Los impedimentos cutáneos a menudo se encuentran asociados a enfermedades sistémicas; cuando exista una deficiencia permanente de más de un sistema debe evaluarse el grado de deficiencia corporal total relacionada con cada sistema y posteriormente asignar el menoscabo en forma combinada.

Las deformidades extensas de la piel, de origen traumático, quirúrgico o producto de anormalidades pigmentarias o vasculares, deberán recibir asignación de menoscabo a alguna de las clases de este capítulo.

La desfiguración puede producir menoscabo al causar rechazo social o una auto -imagen desfavorable con aislamiento auto impuesto, alteración del estilo de vida u otros cambios de conducta.

Los impedimentos oncológicos de la piel se encuentran en el capítulo de impedimento neoplásico; en este capítulo se consideran las lesiones tumorales de la piel sin demostración de diseminación o afectación de otros sistemas.

Para poder evaluar y calificar el menoscabo global de la persona por impedimento de la piel, éste deberá haber sido tratado convenientemente por un período mínimo de un año, sin haber conseguido revertir su estado para el desempeño laboral.

III. PROCEDIMIENTO DE EVALUACION

Las enfermedades de la piel se objetivan por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa; quedando a juicio de él o los

médicos peritos actuantes, solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica.

1. Anamnesis (historia actual, antecedentes personales y familiares).
2. Examen físico.
3. Evolución en el tiempo.
4. Historia laboral.
5. Estudios de laboratorio de valoración general.
6. Estudios de valoración inmunológica.
7. Tests cutáneos.
8. Biopsia de piel.

IV. PRINCIPALES AFECCIONES QUE PRODUCEN MENOS CABO

El objetivo de la siguiente lista tiene como finalidad el mero hecho ilustrativo; no considerándose excluyentes aquellas afecciones no mencionadas y que a juicio de los médicos peritos actuantes correspondan ser valoradas en esta sección.*

1. Lesiones de la epidermis y dermis

a) De la queratinización:
 Queratosis escenciales
 Enfermedad de Darier
b) Pápulescamosas:
 Micosis superficiales
 Líquen plano
 Lupus eritematoso
 Psoriasis
 Micosis fungoide
c) Eczematosas:
 Dermatitis atópica
 de contacto
 bacteriana
 micótica
d) Vesículoampollosas
 Dermatitis de contacto
 Dermatitis hepetiforme
 Pénfigo
 Porfiria cutánea tardía
e) Pigmentarias
 Vitiligo
 Porfiria cutánea tardía
f) Poiquilodérmicas (atrófia + alt. de la pigmentación)
 Lupus eritematoso discoide
 Radiodermitis crónica
 Micosis fungoide
g) Tumorales
 Epitelioma basocelular
 Epitelioma espinocelular

2. Lesiones de la dermis
 Reticulosis angiógena de Kaposi
 Esclerodermia en placas
 Enfermedades vasculares del colágeno
 Granulomatosas (lepra, sarcoidosis, tuberculosis)
 Xantomas

3. Lesiones de las faneras
 Micosis superficiales
 Porfiria cutánea tardía
 Lupus eritematoso discoide
 Esclerodermia

4. Lesiones de la hipodermis
 Nódulos reumáticos
 Lupus profundo
 Vasculitis
 Fascitis eosinófila

5. Lesiones que afectan a varias capas
 Queloides
 Acropatía ulceromutilante pseudo-siringomiélica
 Maduromicosis
 Leishmaniasis

* Para la enumeración de estas afecciones, se ha tomado como guía principal a la lista contenida en el Decreto Nº 1290/94 de la República Argentina, así como a la "Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud" (CIE-10) Décima revisión (1995) OPS/OMS.

V. VALORACION DEL MENOSCABO

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS DE LA PIEL

		% MAXIMO
CLASE I.	• Existen síntomas y signos de alteraciones constantes o intermitentes en la piel. • Requiere tratamiento esporádico • No existe limitación de la vida laboral o ella es mínima.	0 - 15%
CLASE II.	• Existen síntomas y signos de alteraciones constantes de la piel. • El tratamiento esporádico controla la enfermedad. • Existe limitación de algunas actividades de la vida laboral.	16 - 30%
CLASE III.	• Existen síntomas y signos de alteraciones constantes de la piel. • Necesita tratamiento continuo y no hay control completo de la enfermedad. • Existe limitación de la vida laboral.	31 - 50%
CLASE IV.	• Existen síntomas y signos de alteraciones constantes de la piel. • Necesita tratamiento continuo y no hay control sobre la afección. • Existe limitación de la vida laboral (el desempeño laboral agrava el estado de la afección o es impracticable).	51 - 70%
CLASE V.	• Existen síntomas y signos de alteraciones constantes de la piel. • Necesita tratamiento continuo y no hay control sobre la afección. • El desempeño laboral es impracticable. • La persona debe permanecer confinada en el hogar u otra residencia.	71 - 100%

DEFICIENCIA DEL SISTEMA INMUNOLOGICO V.I.H. - S.I.D.A.

I. INTRODUCCION

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos que surgen de la aparición y evolución natural de la Infección por V.I.H. o Virus de Inmunodeficiencia Humana - ENFERMEDAD S.I.D.A. o Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.
La valoración del menoscabo debe tener concordancia entre los síntomas clínicos y los estudios complementarios. Para ello se deberá contar con los informes de los médicos tratantes e informe de la asistencia recibida en instituciones del sistema de salud; los correspondientes estudios de laboratorio y funcionales pertinentes, así como los resultados de los estudios anátono-patológicos, si ellos se han realizado.
Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la evaluación final, por él o los médicos peritos actuantes.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

Actualmente no se utilizan los conceptos de grupos de riesgo como grupos humanos específicos. En cambio, nos referiremos al concepto de **situaciones que exponen al riesgo de probable contagio** a los agentes patógenos por **no utilizar adecuadamente los medios de prevención** en la transmisión sexual y sanguínea y también en la transmisión vertical de madre infectada así como en la **vida personal y laboral.**

Este capítulo se divide en:

A- INFECCION V.I.H.

Se encuentran en este grupo los impedimentos en los que se reconocen fallas orgánicas y/o psiquiátricas y/o psicológicas adquiridas y asociadas a la determinación de la serología para el virus V.I.H.
Sólo la constancia médica o del laboratorio de una SEROLOGIA POSITIVA o V.I.H. REACTIVO resulta insuficiente para valorar el menoscabo o discapacidad de la SALUD LABORAL en los primeros estadios o categorías de la INFECCION V.I.H.

B- ENFERMEDAD S.I.D.A.

La ENFERMEDAD S.I.D.A. produce por sí misma **siempre** menoscabo o daño anatómico, funcional, psiquiátrico y psicológico. El daño anatómico y funcional puede utilizar los siguientes órganos blanco:

-Sistema Inmunológico
-Sistema Hematológico
-Piel y sus anexos, o en mucosas cercanas.
-Sistema Nervioso Central y Periférico
-Aparato Respiratorio: Vías aéreas y Pulmones o pleuras.
-Aparato Digestivo: tuvo digestivo y glándulas anexas
-Organos de los sentidos: Ojos y Oídos
-Aparato Locomotor: Sistema muscular, Oseo y Articular.
-Aparato Urinario.
-Sistema Linfático. Ganglios linfáticos subcutáneos y profundos.
-Sistema Endocrino y Metabólico.
-Corazón y Aparato Circulatorio.
-Síntomas y Signos Sistémicos debidos a enfermedades infecto-contagiosas oportunistas (I.O.) o a tumores específicos del S.I.D.A.
-Estructuras psíquicas y psicológicas.

III. PROCEDIMIENTO DE EVALUACION

La valoración de los impedimentos producidos por la Infección por el virus V.I.H./Enfermedad S.I.D.A. se objetivan por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio de él o los médicos peritos actuantes solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica.

1- Anamnesis
2- Examen físico
3- Evolución en el tiempo: fecha de inicio de síntomas y signos hasta el momento actual
4- Historia Laboral: conocimiento actual del puesto de trabajo y su entorno. Valoración de factores de riesgo diversos, para su adaptación y/o su reinserción a su lugar de trabajo.
5- Pruebas de Diagnóstico de Laboratorio que aporten información adicional sobre:
- INFECCION por el virus V.I.H.
- SIFILIS específicas para el Treponema pallidum (f.t.a. abs.)
- HEPATITIS con daño orgánico y funcional (Enzimograma hepático) y sus agentes etiológicos.
- AGENTES ETIOLOGICOS MULTIPLES por patología asociada (estudio de anticuerpos específicos) para cada germen patógeno; o de Antígenos específicos, en cada situación-

6- Pruebas de valoración inmunológica

-estudio de poblaciones linfocitarias (linfocitos CD4 y CD8)

7- Pruebas de valoración de evolutividad de las afecciones orgánicas:
- Enzimograma hepáticos
- Estudios funcionales renales
- Metabolismo de los glúcidos
- Ionograma
- Metabolismo lipídico completo.
- Metabolismo proteico completo

8- Pruebas de pronóstico evolutivo del V.I.H. y su pasaje al estadio de S.I.D.A. ENFERMEDAD, por el estudio seriado y según protocolos convencionales de las CARGAS VIRALES del virus V.I.H.

9- Pruebas de valoración del deterioro psiquiátrico y psicológico que complementen los resultados de todos los procedimientos de evaluación de la incapacidad laboral.

IV. EVOLUCION DE LA INFECCION POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

1-ESTADIO PREPATOGÉNICO:

Asintomático. Con grado de actividad normal.
En este período podríamos incluir a todas las personas expuestas al riesgo de haber estado en contacto con el virus V.I.H. a través de:
-semen infectado
-secreciones vaginales infectadas o
-sangre infectada y que además:
-no tuvieran oportunidad de utilizar los mecanismos de protección de barrera mecánica universal o del látex (guantes y/o preservativos) o que
-no hayan cumplido con las Normas de Prevención Universal de la transmisión del V.I.H. y de otros gérmenes a nivel PERSONAL o a nivel del LABORATORIO o en el manejo de todo tipo de sangre en cualesquiera de las etapas del proceso de ANALISIS BIOLOGICO o de ESTERILIZACION o de DESECHO de materiales contaminantes.

2-PERIODO PATOGÉNICO: DE INFECCIÓN AGUDA

Infección Asintomática o con linfoadenopatías. GRADO DE ACTIVIDAD NORMAL
Este estadío puede presentarse:
-Sin alteraciones inmuno-hematológicas conocidas o con alteraciones inmuno-hematológicas.
-Con reacciones serológicas positivas (E.L.I.S.A. o V.D.R.L.) cualitativas y cuantitativas con confirmación por I.F.I o Inmuno Fluorescencia Indirecta; o por W.B. o Western Blot para el V.I.H.; o por el F.T.A. abs. para el Treponema pallidum.
-Puede ser portador asintomático pero contagiante sin saberlo.
-Puede evolucionar o no, a las categorías siguientes si no adoptan medidas de prevención adecuadas de tratamiento precoz y específico.

3-PERIODO PATOGENICO: DE INFECCION LATENTE

Con factor de riesgo de contagio presente, si no se ha tratado la primoinfección, en general con grado de actividad normal.

En este período puede encontrarse:
-serología positiva para V.I.H. u otras E.T.S. confirmadas.
-linfoadenopatías persistentes.
-pérdida ponderal menor al 10% en varios meses.
-manifestaciones mucocutáneas leves (Dermatitis Seborreica, Prurito, Dermatomicosis, Aftas orales recidivantes, queilitis angular)
-Herpes Zoster
-Infecciones repetidas del tracto respiratorio superior (sinusitis, otitis, rinofaringitis)
-Puede acompañarse de leucoplasia oral o moniliasis digestiva o genital tanto en hombres como en mujeres infectadas, sin otra causa que lo justifique.
-Las valoraciones hematológicas e inmunulógicas pueden ser variables y distintas en cada uno de los infectados.

4-PERIODO DE INFECCION LATENTE TARDIA O EVOLUTIVA LENTA

Antes denominado período del Complejo Relacionado con el S.I.D.A. (C.R.S. o A.R.C.) y que se ha abandonado paulatinamente en la medida que se ha podido separar la etapa evolutiva lenta y controlable de la INFECCION V.I.H. del S.I.D.A. ENFERMEDAD correspondiente al período evolutivo siguiente.
Se caracteriza por presentarse:
- Síntomas diversos y cambiantes, pero que permiten **excluir las características de las Infecciones Oportunistas y de los Tumores indicadores de la enfermedad.**
-Cambios en la sintomatología según las variaciones hematológicas e inmunológicas presentes en forma esporádica o intermitente.
-El grado de actividad es intermedio. Puede tener períodos de reposo laboral que se encuentran alrededor del 50% del total de su grado de actividad, en forma intermitente.

A-SINTOMAS Y SIGNOS CLINICOS:

Pueden estar presentes:
*pérdida ponderal menor del 10%
*diarrea de causa aún desconocida.
*fiebre de 38° intermitente o constante, de causa desconocida.

*fatiga muscular
*candidiasis oral
*leucoplasia oral velluda.
*contacto con B.K. con pruebas anérgicas
*infecciones bacterianas (neumonías a gérmenes conocidos, piodermitis difusas)

B-EXAMENES DE LABORATORIO

*anemia o leucopenia o trombocitopenia o linfopenia transitoria, o intermitente.
*anticuerpos de Infecciones anteriores (IGG reactivas pero IGM negativas) que no se encuentran en actividad.
*anticuerpos de Infecciones recientes, comunes a la patología existente a nivel epidemiológico nacional

C- PRUEBAS INMUNOLÓGICAS

*disminución o no del Nº de linfocitos CD4 menor de 1000/ mm3 (mayor o igual de 500 CD4/mm3)
*indicador de relación CD4/CD8 alrededor de 1 unidad o menor.
*alteraciones del proteinograma con hipergamaglobulinemia o no.
*anergia cutánea a múltiples antígenos o a algunos de ellos, si coexiste una disminución transitoria de los linfocitos CD4.

D-PRUEBAS PRONÓSTICAS DE ESTABILIDAD EVOLUTIVA

*estudio de **Cargas virales de A.R.N. del V.I.H.** con valores superiores o inferiores a los standares utilizados y normalizados en el país y en el Cono Sur, pero con valores más o menos estables entre 2 determinaciones consecutivas (al mes- a los 3 o 4 meses - a los 6 meses o al año de evolución controlada)

E- PRUEBAS DE EVALUACIÓN DEL ESTADO PSIQUIÁTRICO y de PSICODIAGNÓSTICO EVOLUTIVO de la infección por el V.I.H. La integración de un diagnóstico psiquiátrico y psicológico. en todas las situaciones o categorías mencionadas y por señalar, facilitará la categorización de cada uno de los estadíos.

5- ENFERMEDAD S.I.D.A.:

Es el estadío mas avanzado o evolutivo de la INFECCION por V.I.H.
Debe ser separado de las etapas anteriores de la Infección por el virus V.I.H. sin repercusión, o con alguna repercusión clínica y laboral.
Grado de actividad limitado y menor del 50% de la actividad total, en el tiempo.
Pueden presentarse períodos de actividad total y otros de incapacidad total, que deberán ser considerados con todos los estudios clínicos, paraclínicos, inmunológicos, psicológicos, epidemiológicos, y del ambiente laboral.
Esta situación queda definida por la aparición de INFECCIONES OPORTUNISTAS graves y repetitivas y/o TUMORES ESPECIFICOS poco frecuentes en la Clínica Médica y Quirúrgica.

A- SÍNTOMAS Y SIGNOS CLÍNICOS:

Corresponden a la presencia de INFECCIONES OPORTUNISTAS Y TUMORES ESPECIFICOS:
*Síndrome de emaciamiento, Wasting Syndrome o Slim disease.
*Neumonía por Pneumocystis carinii
*Toxoplasmosis cerebral
*Criptosporidiasis con diarrea mayor de un mes.
*Criptococosis extrapulmonar diagnosticada por microscopio (Histología y Citología)
*Enfermedad por CMV (citomegalovirus) en otros órganos que el hígado, el bazo o los ganglios linfáticos, en período activo.
*Retinitis por CMV.
*Herpes simple mucocutáneo (de más de un mes) o de localización visceral, bronquial o del esófago.
*Leucoencefalopatía multifocal progresiva
*Micosis diseminada (histoplasmosis, coccidiodomicosis, Isosporiasis)
*Candidiasis esofágica, traqueo-bronquial o pulmonar
*Micobacteriosis atípica diseminada (M. kansaii o M. avium)
*Septicemia por Salmonella no-typhi
*Tuberculosis extrapulmonar
*Neumonía Intersticial Linfoide Pulmonar (N.I.L.P.) por diagnóstico microscópico.
*Linfoma primario de cerebro
*Sarcoma de Kaposi en enfermo menor de 60 años diagnosticado por histología.
*Encefalopatía por V:I.H.
*Tuberculosis a B.K. pulmonar incluido en los últimos años.
*Carcinoma invasivo de Cervix uterino en la mujer.
*Síndrome Demencia-S.I.D.A.- asociado a neuropatías y mielopatías no justificadas.

B- EXAMENES DE LABORATORIO

*Hematológicos: hemograma completo con clasificación.
*Histológicos y Citológicos de ÓRGANOS BLANCO.
*Micológicos (directos y cultivos)
*Bacteriológicos específicos.

C- PRUEBAS INMUNOLOGICAS

*determinación de Anticuerpos de las Infecciones Oportunistas.
*determinación de linfocitos CD4 descendidos de sus valores normales menores de 200 a 100 CD4/mm3 o menos aún en etapas terminales

D- PRUEBAS PRONOSTICAS

*determinación de CARGAS VIRALES de A.R.N. al V.I.H. elevadas y crecientes al mes, a los 3 o 4 meses, a los 8 meses y a los 12 meses del tratamiento en sus diversas formas.
*estudios comparativos de la evolución de la titulación o pruebas cuantitativas en las I.O. para evaluar los resultados terapéuticos indicados y observados; de tipo específico para cada germen patógeno.
*estudio de MARCADORES TUMORALES definitorios de patología tumoral específica terminal.

E- PRUEBAS DE EVALUACION PSIQUIÁTRICAS Y PSICOLÓGICAS.

F- Estudio del PUESTO DE TRABAJO y su ambiente laboral.

1.2 Consideraciones Generales

Puede haber hiposecreción de la hipófisis anterior en caso de tumores, infartos, traumatismos, infecciones, post quirúrgica o radioterapia.
En caso de hipersecreción de la hipófisis anterior por tumores secretores, se asignará menoscabo o si no existe terapia quirúrgica o si la hubo y quedaron secuelas definitivas producto de la hipersecreción hormonal.
El desequilibrio en la secreción del eje hipotálamo hipofisario posterior determina una diabetes insípida la que puede ser de etiología tumoral, infecciosa, post quirúrgica o idiopática familiar.

1.3. Procedimientos de evaluación

Las enfermedades del eje hipotálamo hipofisario se objetivan por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio de él o los médicos peritos, solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica.

- Anamnesis (historia actual, antecedentes personales y familiares)
- Examen clínico
- Evolución en el tiempo
- Historia laboral
- Pruebas de función tiroidea
- Pruebas de función suprarrenal
- Dosificación de hormona de crecimiento, gonadotrofinas, prolactina
- Dosificación de cortisol sérico
- Iones en sangre
- Osmolaridad plasmática
- Osmolaridad y densidad urinaria
- Radiografía de cráneo con enfoque de silla turca
- Radiografía de manos
- Tomografía axial computarizada de cráneo
- Resonancia nuclear magnética
- Campimetria visual

1.4 Valoración del menoscabo

VALORACIÓN DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR HIPOSECRECION DE LA HIPÓFISIS ANTERIOR

		% MÁXIMO
Clase I.	· Existe compromiso de la función tirotrófica y Gonadotrófica · La enfermedad se controla con tratamiento de sustitución hormonal	0-15%

Clase II.

- La enfermedad no logra controlarse adecuadamente con tratamiento de sustitución hormonal tiroidea y gonadotrófica — 16 - 25%

Clase III.

- La enfermedad agrega afectación de la función corticotrófica y somatotrófica
- Necesita agregar sustitución hormonal continua asociada
- La enfermedad persiste a pesar del tratamiento continuo de sustitución hormonal — 26 - 50%
- Hay síntomas y signos clínicos severos en las líneas corticotróficas, tirotróficas, somatotróficas y gonadotróficas

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR HIPERSECRECION DE LA HIPOFISIS ANTERIOR

% MAXIMO

Clase I.

- Hay comprobación de enfermedad hipersecretora de la hipófisis anterior — 0 -15%
- No hay síntomas y signos clínicos de enfermedad
- La enfermedad se encuentra controlada por el tratamiento médico

Clase II.

- La enfermedad fue controlada por tratamiento médico o quirúrgico
- Hay persistencia de síntomas y signos clínicos de enfermedad que limitan levemente la actividad laboral — 16-25%
- Requiere tratamiento continuo

Clase III.

- La enfermedad no ha sido controlada por tratamiento médico o quirúrgico
- Requiere tratamiento médico continuo que no logra remisión de la sintomatología — 26 - 50%
- Existen síntomas y signos clínicos que limitan severamente la actividad laboral

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR DISFUNCION SECRETORA DEL EJE HIPOTÁLAMO - HIPÓFISIS POSTERIOR

% MAXIMO

Clase I.

- Existen síntomas y signos de enfermedad
- La diuresis no supera los 3500 ml./24 horas, con disminución de la osmolaridad plamática — 0 - 15%
- La enfermedad se controla con tratamiento médico continuo

Clase II.

- Existen síntomas y signos de enfermedad
- La diuresis no supera los 5000 ml./24 horas. con disminución de la osmolaridad plasmática — 16 - 25%
- La enfermedad no se controla adecuadamente con tratamiento médico

Clase III.

- Existen síntomas y signos de enfermedad
- La diuresis puede superar o no los 7000 ml. / 24 horas.
- La enfermedad no se controla adecuadamente con tratamiento médico — 26 - 50 %
- Puede haber signos de deshidratación persistente

2. GLÁNDULA TIROIDES

2.1. Introducción

Las alteraciones de la glándula tiroides pueden derivar en hipertiroidismo o hipotiroidismo.

Las lesiones oncológicas de la glándula tiroides deberán ser evaluadas en el capítulo correspondiente de impedimento neoplásico.

2.2. Consideraciones Generales

El hipertiroidismo por sí mismo no causa menoscabo permanente ya que pueden controlarse adecuadamente todas las repercusiones metabólicas. Sin embargo a las secuelas visuales o cardiovasculares se les deberá asignar menoscabo y la evaluación deberá hacerse en la sección correspondiente.

El hipotiroidismo puede manifestarse por enlentecimiento del proceso mental, debilidad, intolerancia al frío, constipación y mixedema. Las complicaciones tardías incluyen insuficiencia cardíaca y coma. El hipotiroidismo puede controlarse adecuadamente con la administración de hormona tiroidea pero ello puede presentar dificultades en caso de cardiopatía coronaria asociada.

2.3. Procedimientos de evaluación

Las enfermedades de la glándula tiroides se objetivan por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio de él o los médicos peritos actuantes solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica:

- Anamnesis (historia clínica actual, antecedentes personales y familiares)
- Examen clínico
- Evolución en el tiempo
- Historia laboral
- Dosificación sérica de hormonas T3 y T4 totales y libres
- Dosificación sérica de hormona TSH
- Determinación sérica de anticuerpos antitiroideos (antiglobulinas, antimicrosomales)
- Centellograma tiroideo
- Ecografía tiroidea
- Radiografía de cuello (enfoque de tráquea)
- Citología tiroidea

2.4. Principales afecciones que producen menoscabo

El objetivo de la siguiente lista tiene como finalidad el mero hecho ilustrativo, no considerándose excluyentes aquellas afecciones no mencionadas y que a juicio de los médicos peritos actuantes correspondan ser valoradas en esta sección.

- Bocio difuso, multinodular o nódulo solitario relacionado con deficiencia de yodo, de origen medicamentoso u otras causas
- Hipotiroidismo del adulto
- Hipotiroidismo congénito
- Hipertiroidismo con bocio difuso, multinodular o nódulo solitario
- Adenoma tóxico de Plummer
- Enfermedad de Graves-Basedow
- Tiroiditis crónica de Hashimoto
- Tiroiditis crónica de Riedel
- Tiroiditis crónica de Quervain

2.5. Valoración del menoscabo

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR HIPOTIROIDISMO

% MÁXIMO

Clase I.

- La sustitución hormonal corrige la insuficiencia tiroidea
- Hay mantenimiento de la normalidad anatómica y funcional — 0 - 15%
- No hay contraindicaciones para el tratamiento hormonal

Clase II.

- Hay síntomas y signos de hipotiroidismo
- Puede existir alteración anatómica

· La insuficiencia tiroidea requiere terapia continua, pero ésta no puede ser administrada a niveles útiles por la presencia de otras enfermedades	16 - 25%

3. GLANDULAS PARATIROIDES

3.1. Introducción

Las alteraciones de las glándulas paratiroides afectan el metabolismo del calcio, fósforo y la transmisión neuromuscular.
El carcinoma inoperable de las glándulas paratiroides se deberá valorar en la sección correspondiente a impedimento neoplásico.

3.2. Consideraciones Generales

El hiperparatirodismo es generalmente corregible por tratamiento médico, especialmente la hipercalcemia.
Las consecuencias que afecten al sistema osteoarticular o renal se evaluarán en las secciones correspondientes.

3.3. Procedimientos de evaluación

Las enfermedades de las glándulas paratiroides se objetivan por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio de él o los médicos peritos, solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica:

- Anamnesis (historia actual, antecedentes personales y familiares)
- Examen clínico
- Evolución en el tiempo
- Historia laboral
- Estudios de laboratorio de valoración general
- Iones en sangre (Na, K, Mg, Cl)
- Estudios de valoración de la función renal
- Dosificación sérica de hormona paratiroidea
- AMP cíclico sérico
- Dosificación de calcio y fósforo sérico y urinario
- Ecografía de cuello
- Radiografías óseas o densitometría ósea
- TAC o RNM de cuello

3.4 Principales afecciones que producen menoscabo

El objetivo de la siguiente lista tiene como finalidad el mero hecho ilustrativo, no considerándose excluyentes aquellas afecciones no mencionadas y que a juicio de los médicos peritos actuantes, correspondan ser valoradas en esta sección:

- Hipoparatiroidismo
- Hiperparatiroidismo primario
- Hiperparatiroidismo secundario

3.5. Valoración del Menoscabo

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR DISFUNCION DE LAS GLÁNDULAS PARATIROIDES

		% MÁXIMO
Clase I.	· La enfermedad altera el funcionamiento de las paratiroides · No hay síntomas ni signos clínicos El tratamiento mantiene normal el nivel de calcio	0 - 15%
Clase II	· La enfermedad produce pérdida del funcionamiento de las paratiroides · No hay síntomas ni signos clínicos · El tratamiento no logra mantener los niveles de calcio (son variables)	16 - 30%
Clase III.	· Ocasionalmente puede tener signos clínicos de Hipocalcemia · Los niveles séricos de calcio son inferiores a 8 mgs./100 ml. a pesar del tratamiento	31 - 50%
Clase IV.	· Presenta tetania severa · Los niveles séricos de calcio son siempre inferiores a 8 mgs/100 ml. · Puede presentar convulsiones generalizadas, catarata lenticular, insuficiencia renal y osteoporosis	51 - 70%

4. GLANDULAS SUPRARRENALES

4.1. Introducción

A fin de apreciar el menoscabo resultante de las alteraciones derivadas de la glándula suprarrenal debemos diferenciar las alteraciones derivadas de la corteza suprarrenal y las derivadas de la médula suprarrenal.

4.2. Consideraciones Generales

Corteza Suprarrenal: puede existir hiposecreción o hipersecreción. La hipersecreción resulta de hiperplasia o tumores y la signosintomatología es ocasionada por el aumento de una o más de las hormonas (glucocorticoides, mineralocorticoides, andrógenos y estrógenos).
La hiposecreción hormonal puede ser primaria (por destrucción adrenal o remoción quirúrgica) o secundaria (por disminución en la secreción de corticotrofina).

Médula suprarrenal: La ausencia de secreción de epinefrina y norepinefrina no causa menoscabo en la capacidad de trabajo.
La hiperfunción medular es causada principalmente por feocromocitomas o por hiperplasia. Esto se asocia con hipertensión arterial paroxística o sostenida.

4.3 Procedimientos de evaluación

Las enfermedades de las glándulas suprarrenales se objetivan por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio de él o los médicos peritos actuantes solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica:

- Anamnesis (historia actual, antecedentes personales y familiares)
- Examen clínico
- Evolución en el tiempo
- Historia laboral
- Estudios de laboratorio de valoración general

Corteza:

- Dosificación sérica de cortisol
- Dosificación de cortisol urinario (orina de 24 horas)
- Dosificación de aldosterona urinaria
- DHEA sérico
- Tomografía axial computarizada de abdomen (suprarrenales)
- Tomografía axial computarizada de cráneo (hipófisis)
- Resonancia nuclear magnética de suprarrenales y/o hipófisis
- Ecografía abdominal
- Urografía de excreción

Médula:

- Dosificación de catecolominas urinarias
- Dosificación de ácido vanilmandélico
- Tomografía axial computarizada de abdomen
- Resonancia nuclear magnética
- Ecografía abdominal
- Urografía de excreción

4.4. Principales afecciones que producen menoscabo

El objetivo de la siguiente lista tiene como finalidad el mero hecho ilustrativo, no considerándose excluyentes aquellas afecciones no mencionadas y que a juicio de los médicos peritos actuantes correspondan ser valoradas en esta sección:

- Síndrome de Cushing
- Hiperaldosteronismo primario (Síndrome de Conn)
- Hiperaldosteronismo secundario
- Insuficiencia córticosuprarrenal (enfermedad de Addison)

4.5. Valoración del menoscabo

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR HIPOSECRECIÓN DE HORMONAS ADRENO-CORTICALES

		% MÁXIMO
Clase I.	· La enfermedad produce disminución parcial de hormonas adreno-corticales	0 - 15%

- Requiere tratamiento de sustitución hormonal continuo
- Hay control adecuado de los síntomas y signos clínicos

Clase II.
- La enfermedad produce disminución total de hormonas adreno-corticales
- Requiere tratamiento de sustitución hormonal continuo — 16 - 30%
- Hay persistencia de síntomas y signos clínicos

Clase III.
- La enfermedad produce disminución total de hormonas adreno-corticales
- Requiere tratamiento de sustitución hormonal continuo — 31 - 50%
- Hay persistencia de síntomas y signos clínicos
- Hay existencia de episodios de insuficiencia suprarrenal aguda y secuelas en otros sistemas

Clase IV.
- La enfermedad produce disminución total de hormonas adreno-corticales
- Requiere tratamiento de sustitución hormonal continuo — 51 - 70%
- Presenta gran labilidad al estrés
- Existen episodios de insuficiencia suprarrenal aguda que necesitaron sustitución parenteral y se evidencian signos de Cushing

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR HIPERSECRECION DE HORMONAS ADRENO CORTICALES Y/O ADMINISTRACION EXÓGENA (SÍNDROME DE CUSHING)

% MÁXIMO

Clase I.
- El hiper adrenocortisismo ha sido corregido por tratamiento quirúrgico sobre la hipófisis o la glándula suprarrenal — 0 - 15 %
- La enfermedad requiere tratamiento corticoide permanente
- La enfermedad de base está controlada
- No existen signos de Cushing

Clase II.
- La enfermedad requiere tratamiento corticoide permanente — 16 - 30%
- Existen signos de Cushing

Clase III.
- La enfermedad requiere tratamiento corticoide permanente — 31 - 50%
- Existe síndrome de Cushing con gran debilidad muscular (miopatía), obesidad, etc.
- Existen síntomas y signos clínicos de afectación de otros órganos o sistemas (diabetes, fracturas por osteoporosis, compromiso inmunológico

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR HIPERFUNCION DE LA MÉDULA SUPRARRENAL

% MÁXIMO

Clase I.
- La enfermedad produce aumento de la secreción medular — 0-15%
- Requirió tratamiento quirúrgico del cual evolucionó asintomático
- Existe necesidad de tratamiento continuo
- No hay signos de daño hipertensivo sistémico; las cifras de presión arterial diastólica no exceden de 90 mm. Hg.

Clase II.
- La enfermedad produce aumento de la secreción Medular — 16-30%
- Requirió tratamiento quirúrgico y se mantiene hipertenso, con cifras de presión arterial diastólica igual o mayor a 100 mm. Hg.
- No hay signos clínicos de daño hipertensivo sistémico

Clase III.
- Requirió tratamiento quirúrgico y se mantiene hipertenso, con cifras de presión arterial diastólica igual o mayor a 120 mm. Hg. — 31 - 50%
- Hay signos clínicos de daño hipertensivo sistémico

5. PANCREAS

5.1. Introducción

En esta sección se analizan los menoscabos en la capacidad de trabajo provocados por alteración anátomo funcional en los Islotes de Langerhans.

5.2. Consideraciones generales

La alteración funcional o anatómica de los Islotes de Langerhans se manifiesta por insuficiente producción de insulina o por un exceso en la producción de la misma.

Los adenomas insulares del páncreas que son extirpados y no dejan secuelas, no producen menoscabo en la capacidad de trabajo.

El hiperinsulinismo crónico puede ser manejado con medidas terapéuticas adecuadas.

5.3. Procedimientos de evaluación

La evaluación de estos impedimentos se podrá realizar mediante:
- Anamnesis (historia actual, antecedentes personales y familiares)
- Examen clínico
- Evolución en el tiempo
- Historia laboral
- Estudios de laboratorio de valoración general
- Estudios de laboratorio de valoración renal
- Fondo de ojo
- Glicemia
- Prueba de tolerancia a la glucosa
- Perfil lipídico
- Péptido C
- Hemoglobina glicosilada
- Uricemia
- Gastrina sérica
- Electrocardiograma
- Ecocardiograma
- Electromiograma y estudio de velocidad de conducción nerviosa de miembros inferiores

5.4. Valoración del menoscabo

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR DIABETES MELLITUS

% MÁXIMO

Clase I.
- Existe enfermedad diabética — 0 - 5%
- Se controla adecuadamente con régimen dietético
- No presenta ningún trastorno orgánico demostrable

Clase II.
- Existe enfermedad diabética — 6 - 25%
- Se controla adecuadamente con régimen dietético y uso de hipoglucemiantes orales o insulina
- Puede presentar signos leves de repercusión orgánica (retinopatía grado I - II; alteraciones iniciales de polineuritis; signos iniciales de vasculopatía de miembros inferiores)

Clase III.

- Existe enfermedad diabética 26 - 50%
- Se controla con régimen dietético y uso de insulina diaria
- Presenta signos de repercusión orgánica (retinopatía grado II - III; polineuritis diabética moderada; vasculopatía de miembros inferiores con trastornos tróficos mínimos; cifras moderadamente elevadas de urea o creatinina; alteraciones isquémicas mínimas del miocardio)

Clase IV.

- Existe enfermedad diabética
- Requiere uso de insulina diaria 51 - 70%
- Presenta signos severos de repercusión orgánica (retinopatía grado III - IV; polineuritis marcada; vasculopatía con alteraciones tróficas importantes, claudicación intermitente o amputaciones; insuficiencia renal con cifras marcadamente patológicas de urea o creatinina; daño cardíaco o cerebral)

Para la valoración de la incapacidad originada por diabetes mellitus, se utilizarán como parámetros signos clínicos y exámenes complementarios que presenten claro sustento a dicha evaluación. No se tendrán en cuenta síntomas subjetivos e imposibles de probar.

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR HIPERINSULINISMO

% MÁXIMO

Clase I.

- Se ha realizado tratamiento quirúrgico sobre el adenoma, con remisión de su sintomatología
- Presenta síntomas y signos clínicos esporádicos que se logran controlar con el tratamiento dietético y/o medicamentoso 0-5%

Clase II.

- Presenta síntomas y signos clínicos diarios (taquicardia, sudoración, debilidad, cefaleas y visión borrosa)
- El tratamiento dietético y medicamentoso no logra controlar la sintomatología 6 - 25%

Clase III.

- Presenta síntomas y signos clínicos que no se logran controlar con el tratamiento 25-50%
- Presenta conducta anormal, pérdida de consciencia y ocasionalmente convulsiones
- Puede agregar deterioro cerebral orgánico secundario al hiperinsulinismo que deberá sumarse de modo combinado de acuerdo a la sección correspondiente de impedimento mental

Clase IV.

- A las alteraciones precedentes se agrega deterioro cerebral orgánico secundario al hiperinsulinismo, que deberá sumarse de modo combinado de acuerdo a la sección correspondiente de impedimento mental. 51 - 70%

6. GONADAS

La alteración permanente e irreversible de la función gonadal no se considera como productora de menoscabo en la capacidad de trabajo.
Las alteraciones oncológicas del aparato reproductor y glándulas mamarias deberán ser consideradas en el capítulo de impedimento neoplásico maligno.
Las alteraciones mamarias como ser galactorrea intratable, pérdidas mamarias, ginecomastia dolorosa e intratable en el hombre, deberán ser consideradas en cada caso en particular tomando en cuenta la entidad del daño anatómico y funcional y su incidencia sobre la capacidad de trabajo de la persona.

IMPEDIMENTO MENTAL

I. INTRODUCCION

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos mentales y su ubicación en clases.
La valoración del menoscabo que una enfermedad mental produzca en la capacidad de trabajo, será evaluada luego que se hayan aplicado las correspondientes medidas terapéuticas, o después de un tiempo de ocurrido el o los episodios agudos.
La valoración del menoscabo debe tener concordancia entre los síntomas clínicos y los estudios especializados (Test Psicológico, etc.). Para ello deberá contarse con los informes de los médicos tratantes e informes de la Asistencia recibida en Instituciones del Sistema de Salud.
Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la evaluación final por el o los médicos peritos actuantes.

II. CONSIDERACIONES GENERALES:

En esta descripción hay que valorar no solo patologías sino anormalidades de la personalidad y reacciones vivenciales anormales, con distinta repercusión en el área laboral según la personalidad en la que haya florecido.
Una exhaustiva semiología psiquiátrica, un profundo análisis de los diagnósticos diferenciales, las pruebas psicométricas proyectivas y los perfiles de personalidad básica, nos facilitaran una gran información que orientara la conducta del perito, el que deberá evaluar individualmente las características de la patología realacionándolas con la edad del peticionante, su profesión específica y personalidad.

III. PROCEDIMIENTO DE EVALUACION

El estudio de los impedimentos mentales se objetivan por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio de él o los médicos peritos actuantes solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica:

1 Anamnesis obtenida en forma directa del trabajador afectado y si es necesario interrogar a familiares, compañeros de trabajo, vecinos. Es de gran importancia la relación entre los antecedentes objetivos (Hospitalizaciones, informes de médicos tratantes, peritajes socio-laborales) y su impacto sobre el desempeño laboral.

2 Examen mental: en este examen deberá consignarse: Observación, Afecto, Psicomotricidad, Pensamiento (forma, curso y contenido, Seudopercepción, Sensorio (conciencia, orientación en tiempo, espacio y persona, memoria y cálculo), Inicio y Raciocinio y Confiabilidad de los datos.

3 Evolución en el tiempo.

4 Historia Laboral y Social

5 Exámenes de laboratorios (generales: hematológicos, de orina, VDRL)

6 Exámenes específicos de laboratorio (niveles plasmáticos de fármacos, en especial drogas piscatorias, T3, T4, TSH, test de dexametasona, Elisa para V.I.H.)

7 Test Neuropsicológico

8 Electroencefalograma

9 Tomografía axial computarizada

10 Resonancia nuclear magnética.

11 Potenciales cognitivos.

12 Psicodiagnóstico: Test Psicológicos, Test de inteligencia, Personalidad.

13 Observación controlada (hospitalización para casos difíciles, de complejo análisis y conclusión).

IV. AFECCIONES EVALUABLES

A) RETARDOS MENTALES U OLIGOFRENIAS

Se trata de un déficit en el crecimiento psico-intelectual, congénito o muy tempranamente adquirido.
Un retardo mental esta caracterizado por su NIVEL (o grado), determinado por la clínica y cifrado (Coeficiente Intelectual-C.I.) por los test (T. De Weschsler)
De acuerdo a su coeficiente intelectual las oligofrénias se clasifican en los siguientes grados:

1- **Débiles mentales leves** (CI de 50 a 69)
Han cursado escuela primaria, y a veces secundaria.
Pueden realizar tareas que impliquen ciertas exigencias intelectuales.

2- **Débiles mentales moderados** (CI de 35 a 49)
Leen y escriben.
Realizan operaciones aritméticas sencillas.
Conocen el dinero.
Pueden trabajar en tareas de escasas exigencias intelectuales.
No presentan una incapacidad laboral a no ser que asocien otra patología psiquiátrica de mayor envergadura (psicosis, etc.)
Se benefician de una pedagogía especial.

3- **Débiles mentales severos** (CI de 20 a 34)
No leen.
No escriben.
Solo firman
Vocabulario simple.
No realizan operaciones aritméticas sencillas.
No conocen ni manejan el dinero.
A veces pueden desempeñar tareas rudimentarias, no beneficiándose desde el punto de vista pedagógico.

4- Débiles mentales profundos (CI menor de 20)
No leen.
No escriben.
No adquirieron lenguaje
Sólo emiten sonidos guturales
No realizan operaciones aritméticas sencillas.
No conocen ni manejan el dinero.
Atienden a sus necesidades más elementales.
Eventualmente pueden desempeñar tareas rudimentarias.

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR RETARDOS MENTALES U OLIGOFRENIAS

Los grados de Retardo Mental antes descriptos corresponden a los siguientes porcentajes de Incapacidad Laboral:

	% MAXIMO
-Débil mental leve	10%
-Débil mental moderado	30%
-Débil mental severo/profundo	70%
-Oligofrénias a las que se sobreagrega una psicosis crónica o un grave trastorno de personalidad	80%

B) SINDROME PSICORGANICO CON O SIN PSICOSIS.

Se trata de trastornos causados por, o asociados con una alteración tisular cerebral, es decir, una disfunción permanente o transitoria del cerebro.
Provoca signos y síntomas psicológicos y conductuales.
-Perturbación en la orientación: en el tiempo y en el espacio
-Perturbación en la memoria amnesia de fijación (no fija los hechos cotidianos) y amnesia de evocación (no puede evocar recuerdos y fijados)
-Perturbaciones en las funciones intelectuales.
-comprensión
-cálculo
-conocimiento
-nuevos aprendizajes
-juicio y razonamiento

La etiología es siempre orgánica, pudiendo ser intracraneal o extracraneal (secundariamente afecta el cerebro)

Tenemos dos grandes grupos de síndromes psicorgánicos:

Síndromes psicorgánicos asociados con psicosis.

Demencia senil (asociada al envejecimiento)
Demencia pre-senil (degenerativa: enfermedad de Alzheimer)
Demencia vascular (arterioesclerótica: demencia multiinfarto)
Psicosis alcohólica:
- Delirio alcohólico sub-agudo
- Síndrome de Korsakoff
- Delirio celotípico o paranoia alcohólica. (Crónico con reagudizaciones).
- Alcoholismo patológico (agudo)

Se trata de patologías permanentes e irreversibles.

Síndromes psicorgánicos no asociados a psicosis.

Se trata de cuadros transitorios y reversibles (o parcialmente reversibles) asociados a:

-infecciones intracraneales
-intoxicaciones generales por drogas o venenos.
-traumatismos craneoencefálicos.
No son incapacitantes permanentes los cuadros agudos, sub-agudos o crónicos reversibles, con restitución ad-integrum.-
Generan menoscabo permanente las patologías con irreversibilidad de sus síntomas.

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR SINDROME PSICO ORGANICO CON O SIN PSICOSIS.

GRADO I (leve - reversible/irreversible)	1 a 10%
GRADO II (moderado - reversible/irreversible)	11 a 30%
GRADO III(severo - reversible)	40 a 70%
GRADO IV (severo - irreversible)	70 a 80%

C) PSICOSIS DE FUNDAMENTO CORPORAL DESCONOCIDO (Psicosis propiamente dichas o funcionales)

ESQUIZOFRENIAS

En sus distintas formas: -Simple (progresa muy lentamente)
-Hebefrenia (esquizofrenia de los jóvenes.)
-Catatónica (el trastorno psicomotor esta en primer plano)
-Paranoide (es la forma en que predomina el delirio)
-Esquizoafectiva (se asocian trastornos del humor - en más o en menos- muy significativos).

Evoluciona bajo dos formas:

-En brotes (constituye la Psicosis Delirante Aguda clásica).
En un tercio de los casos curan y no repiten, en el otro tercio curan y repiten y en el tercio restante pasan a la cronicidad.
-En forma progresiva y sin remisión (Psicosis Crónica).

Solo las formas crónicas constituyen causa de incapacidad laboral.

SINTOMAS

a) Productivos: - Síndrome de influencia (otras personas pueden influir sobre el enfermo)
b) -Eco, robo o adivinación del pensamiento.
c) -El Delirio (es pobremente sistematizado, y carente de calor afectivo)
d) -Fenómenos alucinatorios acústico-verbales (voces dialogadas, comentadoras de actos)

b) Deficitarios: Pseudoalucinaciones (el paciente siente voces dentro de la cabeza)

-Indiferencia afectiva.
- Perplejidad.
- Depresión (puede ser reactiva a la enfermedad o atípica, ésta última recuerda clínicamente a un cuadro depresivo sin constituirlo).
- Apragmatismo (laboral, familiar, social y sexual).

ESTADOS PARANOIDES

Se definen dos formas clínicas:

a) Reacción paranoide

Se trata de reacciones vivenciales anormales de origen estrictamente psicológico, suscitadas por una experiencia intensamente vivida, o una personalidad predisponente (litigantes o sensitivos)
Dentro de las experiencias desencadenantes mencionamos:
Sordera, sentimiento de inferioridad, defectos físicos, heridas al autoestima, aislamiento.

Existen tres grados de incapacidad laboral.

Sistematizando: Grado I -(leve)
Grado II -(moderado)
Grado III -(severo)

Los dos primeros por ser tratables y curables no constituyen causa de incapacidad permanente. Sólo el tercero puede llegar a serlo.

b) **Paranoia**

Delirio sistematizado interpretativo crónico, genera una incapacidad irreversible que oscila entre el 70 y 80%.

. **PARAFRENIAS**

Delirio crónico, polimorfo, megalómano y fantástico, genera una incapacidad irreversible que oscila entre el 70 y 80%.

D) TRASTORNOS DEPRESIVOS NO PSICOTICOS

El elemento semiologico fundamental es un descenso del humor. Las circunstancias de aparición, la magnitud del factor desencadenante, la personalidad de base, la estructuración de una neurosis de fondo, permiten distinguir una gran variedad de cuadros.
La depresión neurótica se presenta en individuos con una personalidad premobida, con baja tolerancias al estrés o en el curso de una neurosis.

GRADO I: (Forma leve): Los elementos depresivos no comprometen la vida de relación ni la capacidad laboral.

GRADO II: Cursan con evolución favorable con ayuda de tratamientos.

GRADO III: Si bien requieren tratamientos más intensivos la remisión de los síntomas se observa en 60 a 180 días.

GRADO IV: Adquieren tal severidad que comprometen todas las áreas de desarrollo del sujeto.

VALORACION DEL MENOSCABO POR TRASTORNOS DEPRESIVOS NO PSICOTICOS.

	% MAXIMO
GRADO I	0%
GRADO II	11-15%
GRADO III	30-40%
GRADO IV	70%

E) NEUROSIS

Sólo corresponde determinar una incapacidad laboral en aquellas neurosis duraderas, graves y fijadas. La evaluación atenderá no solo a la intensidad de los sintomas actuales sino a la cronicidad de los mismos sin mayores variantes a pesar de lo cual pudo realizar tareas remunerativas ligadas o no a su trabajo habitual.
Se consideran 4 grados con respecto a la cuantificación del grado de invalidez:

GRADO I: Magnitud leve, ligadas intensamente a situaciones cotidianas. Son manifestaciones subjetivas de quejas, que prácticamente no requieren tratamiento o estos son poco significativos.

GRADO II: Las relaciones iter-personales afectadas ligeramente son las relacionadas con el conflicto generador de la reacción y se acentúan los rasgos más característicos de la personalidad de base.

GRADO III: Requieren tratamiento más intensivo, hay mayor trastorno de las relaciones con el medio circundante. Las distintas formas clínicas incluyen las conversiones, crisis de pánico, subordinación de la conducta a rituales e ideas parásitas, fobias: suelen revertir con tratamiento farmacológico y psicoterapeutico adecuado.

GRADO IV: Son aquellas cuyos fenómenos regresivos la tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros.

VALORACION DEL MENOSCABO EN LAS NEUROSIS

	% MAXIMO
NEUROSIS DEPRESIVA grado I	0%
NEUROSIS DEPRESIVA grado II	10%
NEUROSIS DEPRESIVA grado III	30%
NEUROSIS DEPRESIVA grado IV	70%
NEUROSIS FOBICA Grado I	0%
NEUROSIS FOBICA Grado II	10%
NEUROSIS FOBICA Grado III	30%
NEUROSIS FOBICA Grado IV	70%
ENFERMEDAD OBSESIVA Grado I	0%
ENFERMEDAD OBSESIVA Grado II	10%
ENFERMEDAD OBSESIVA Grado III	30%
ENFERMEDAD OBSESIVA Grado IV Con deterioro de la personalidad o evolución psicótica:	70%
NEUROSIS DE ANGUSTIA Grado I	0%
NEUROSIS DE ANGUSTIA Grado II	10%
NEUROSIS DE ANGUSTIA Grado III	30%
NEUROSIS DE ANGUSTIA Grado IV (Irreversible a edades avanzadas)	70%
NEUROSIS HISTERICA DE CONVERSION Grado I	0%
NEUROSIS HISTERICA DE CONVERSION Grado II	10%
NEUROSIS HISTERICA DE CONVERSION Reversible Grado III	30%
HISTERIA DE CONVERSION Grado IV (irreversible a edades avanzadas)	70%
NEUROSIS HIPOCONDRIACAS Grado I	0%
NEUROSIS HIPOCONDRIACAS Grado II	10%
NEUROSIS HIPOCONDRIACAS Grado III	30%
NEUROSIS HIPOCONDRIACAS Grado IV (irreversibles a edades avanzadas)	70%
PSEUDOPSICOSIS HISTERICA Grado I	0%
PSEUDOPSICOSIS HISTERICA Grado II	10%
PSEUDOPSICOSIS HISTERICA Grado III	30%
PSEUDOPSICOSIS HISTERICA Grado IV	70%

F) TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Comprende una diversidad de afecciones y rasgos conductuales clínicamente significativos, que tienden a ser persistentes, definen el estilo de vida característico de la persona y su modo de relacionarse consigo mismo y con los demás. Estos esquemas conductuales tienden a ser estables y a abarcar múltiples dominios del comportamiento y del funcionamiento psicológico. Se asocian frecuentemente, pero no siempre, con diversos grados de aflicción subjetiva y deterioro de la actuación social. Es poco probable que establezcan relaciones laborales duraderas. La drogodependencia, el alcoholismo (muy frecuentes) y las descompensaciones psicóticas posibles, pueden provocar con el tiempo un deterioro que inciden en el pronóstico laboral.
La CIE 10 distingue 10 tipos clínicos de trastornos de la personalidad.

Trastorno paranoia de la personalidad
Trastorno esquizoide de la personalidad
Trastorno asocial de la personalidad
Trastorno histriónico de la personalidad
Trastorno anancástico de la personalidad
Trastorno de la personalidad ansiosa (evasiva, elusiva)
Trastorno de la personalidad dependiente
Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable (borderline)
Otros trastornos específicos de la personalidad
Trastorno de la personalidad no especificado.

VALORACION DEL MENOSCABO EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

- Leve	0%
- Moderada	10-15%
- Severa	25-30%

Se propone determinar en un grupo aparte, las personalidades de tipo

borderline, dadas sus características de inestabilidad, fisonomía cambiante y la frecuente evolución hacia estos psicóticos.

Personalidad borderline:

- leve	1-10%
- moderada	11-15%
- severa	40-70%

G) TRASTORNOS AFECTIVOS MAYORES

Estas psicosis se originan en un trastorno primario de la afectividad, que se exalta en forma extrema con alteración del juicio de realidad.

La periodicidad que los caracteriza, con intervalos libres normales, sin disminución de la integridad mental, permiten indicar que implican incapacidad laboral cuando cursa una fase psicótica muy prolongada o cuando evoluciona a la cronicidad.

Este cambio de humor se acompaña habitualmente de modificaciones en el nivel general de actividad.

La mayor parte de los síntomas son secundarios a esos cambios del humor, o bien, son fácilmente explicables en el contexto de los mismos. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes, y a menudo el comienzo de cada episodio se relaciona con sucesos o situaciones generadoras de estrés.

TRASTORNO BIPOLAR - Episodio maníaco.
TRASTORNO BIPOLAR - Episodio depresivo.
DEPRESION ENDOGENA O MELANCOLIA.
DEPRESION RECURRENTE.

VALORACION DEL MENOSCABO EN LOS TRASTORNOS AFECTIVOS MAYORES

TRASTORNO BIPOLAR en periodo de Estado (forma maníaco-depresiva o Circular. Transitoria	50 a 70%
A forma delirante	70%
DEPRESION ENDOGENA O MELANCOLICA	
Transitoria	50 a 70%
Con síntomas psicóticos	70%
DEPRESION RECURRENTE	50 a 70%

IMPEDIMENTO NEOPLASICO

I. INTRODUCCION.

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos de las personas portadoras de una enfermedad neoplásica y su ubicación en clases.

La valoración del menoscabo que una enfermedad neoplásica produce en la capacidad de trabajo será realizada luego que se hayan aplicado las correspondientes medidas terapéuticas (medicamentosas, quirúrgicas, rehabilitación) o después de un tiempo de iniciados los síntomas.

El estudio del menoscabo debe tener una concordancia entre los síntomas clínicos y los estudios complementarios. Para ello deberá contarse con los informes de los médicos tratantes o informes de la asistencia recibida en Instituciones del sistema de salud; los correspondientes estudios complementarios pertinentes, así como los resultados de los estudios anátomo-patológicos.

Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la evaluación final por parte de él o los médicos peritos actuantes.

II. CONSIDERACIONES GENERALES.

Se incluyen en este capítulo todas las neoplasias del organismo, a excepción de las neoplasias del sistema nervioso y las afecciones hemato-oncológicas, las cuales se valoran en los capítulos correspondientes.

Aquellas neoplasias que se consideran extirpadas radicalmente, sin metástasis o siembras a distancia, que en el momento de su valoración no tienen signos o síntomas atribuibles a su enfermedad neoplásica de base pero que el tratamiento recibido ha provocado menoscabo anatómico y/o funcional, deberán ser valorados en el sistema correspondiente. Las neoplasias de cualquier origen que son hormonodependientes e isótopodependientes o ambas, con desaparición del tumor primitivo o de sus metástasis, por tres años o más, se deberá cuantificar exclusivamente el daño anátomo-funcional producido en el sistema correspondiente. En la actualidad, el diagnóstico de enfermedad neoplásica, no significa por sí mismo invalidez. El paciente con cáncer puede atravesar distintas etapas a lo largo de su enfermedad, determinando cada una de ellas necesidades desde el punto de vista psicofísico. Indudablemente la repercusión en lo que hace a los aspectos laborales de cada una de las personas afectadas es variable, debiéndose considerar el tipo de tumor, el tratamiento recibido, el estadío clínico, y el estado psíquico del paciente. Estos parámetros se relacionan directamente con la tarea que desempeña el trabajador y con el medio ambiente laboral.

Se adjuntan clasificación por extensión (TNM), clasificación por estadíos y escala de valoración de Karnofsky, a fin de ser usadas como indicadores para la asignación del menoscabo.

CLASIFICACION POR EXTENSION (TNM)

T:	**tumor primitivo (profundidad de la invasión del cáncer)**
Tx:	no evaluable
TO:	sin evidencia clínica de tumor primitivo
Tis:	invasión "in situ"
T1:	invasión de la submucosa
T2:	invasión de la muscularis propia
T3:	invasión de la subserosa
T4:	invasión de la serosa visceral, otros órganos y otras estructuras
N:	**Metástasis en ganglios linfáticos**
Nx:	no evaluable
NO:	sin metástasis en ganglios linfáticos
N1:	metástasis de uno a tres ganglios regionales
N2:	metástasis de cuatro más ganglios regionales
N3:	metástasis a lo largo de un tronco vascular
N4:	diseminación ganglionar
M:	**Metástasis a distancia (enfermedad metastásica)**
Mx:	no evaluable
MO:	sin evidencia de metástasis a distancia
M1:	con existencia demostrada de metástasis

CLASIFICACION POR ESTADIOS

CARCINOMA OCULTO:	Tx	NO	MO
ESTADIO I	T1	NO	MO
	T1	N1	MO
	T2	NO	MO
ESTADIO II	T2	N2	MO
ESTADIO III	T3	N2	M1
ESTADIO IV	T4		

ESCALA DE KARNOFSKY

GRADO 0: con actividad normal y capacidad para realizar todas las actividades que desempeñaba previamente.

GRADO I: con restricción al ejercicio físico intenso, pero con capacidad para el trabajo ligero y la deambulación.

GRADO II: con capacidad para valerse por sí mismo y para la deambulación, pero con incapacidad para cualquier clase de trabajo. Permanece en cama o sentado menos del 50% del tiempo diurno.

GRADO III: con capacidad limitada para valerse por sí mismo, pasa en cama o sentado más del 50% del tiempo diurno.

GRADO IV: completamente incapacitado.

III. PROCEDIMIENTO DE EVALUACION.

Las enfermedades oncológicas se objetivan por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio de él o los médicos peritos actuantes solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica (los mismos pueden variar de acuerdo con la ubicación de la enfermedad neoplásica en el organismo):

- Anamnesis (historia actual, antecedentes personales y familiares)
- Examen clínico.
- Evolución en el tiempo.
- Historia laboral.
- Exámenes de valoración general (hemograma, VES, etc.).
- Otros exámenes de valoración (fosfatasas ácidas, marcadores tumorales, enzimogramas, etc.).
- Estudios imagenológicos:
- Radiografías.
- Radiografías contrastadas.
- Ecografías.
- Tomografía axial computarizada.
- Resonancia nuclear magnética.
- Estudios de medicina nuclear.
- Centellografías.
- Otras.
- Endoscopías.
- Estudios anátomo-patológicos (citología, biópsisa, estudios histoquímicos, etc.)

IV. PRINCIPALES AFECCIONES QUE PRODUCEN MENOSCABO

El objetivo de la siguiente lista tiene como finalidad el mero hecho ilustrativo, no considerándose excluyentes aquellas afecciones no mencionadas y que a juicio de los médicos peritos actuantes correspondan ser valoradas en esta sección.

1. CABEZA Y CUELLO

Se deben considerar como portadoras de menoscabo de grado severo a las personas con enfermedad neoplásica de tipo histológico maligno, que por su ubicación o extensión sean inoperables o estén sin posibilidad de control por otros tipos de planes terapéuticos. Se incluyen las recidivas posteriores a tratamientos quirúrgicos y las metástasis a distancia.

2. TORAX

Se deben considerar como portadoras de menoscabo de grado severo a las personas con enfermedad neoplásica de tipo histológico maligno, que por su ubicación o extensión sean inoperables o estén sin posibilidad de control por otros tipos de planes terapéuticos. Se incluyen las recidivas posteriores a tratamientos quirúrgicos y las metástasis a distancia.

3. ABDOMEN

Se deben considerar como portadoras de menoscabo de grado severo a las personas con enfermedad neoplásica de tipo histológico maligno, que por su ubicación o extensión sean inoperables o estén sin posibilidad de control por otros tipos de planes terapéuticos. Se incluyen las recidivas posteriores a tratamientos quirúrgicos, citología positiva para células malignas en líquido de ascitis y las metástasis a distancia.

4. APARATO GENITO-URINARIO

Se deben considerar como portadoras del menoscabo de grado severo a las personas con enfermedad neoplásica de tipo histológico maligno, que por su ubicación o extensión sean inoperables o estén sin posibilidad de control por otros tipos de planes terapéuticos. Se incluyen las recidivas posteriores a tratamientos quirúrgicos y las metástasis a distancia.

5. PIEL

Se deben considerar como portadoras de un menoscabo de grado severo a las personas con enfermedad neoplásica de tipo histológico maligno, que estén fuera de tratamiento quirúrgico u otro tipo de planes terapéuticos. Se incluyen en esta sección a las micosis profundas con compromiso hepático o visceral, sarcomas de tejidos blandos, carcinomas epidermoides de tejido linfático.

6. OSEO

Se deben considerar como portadoras de un menoscabo de grado severo a las personas con enfermedad neoplásica de tipo histológico maligno, que estén fuera de tratamiento quirúrgico u otro tipo de planes terapéuticos. Se incluirán en esta sección a las amputaciones de miembros que se efectúen terapéuticamente, fracturas patológicas y los dolores óseos intratables.

V. VALORACION DEL MENOSCABO.

CLASIFICACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO NEOPLASICO.

		% MAXIMO
CLASE I.	· Sin evidencia de metástasis. · Escala de Karnofsky: Grado 0/1. · No necesita cuidados especiales.	30 - 50%
CLASE II.	· Escala de Karnofsky: Grado I. · No necesita cuidados especiales.	51 - 70%
CLASE III.	· Escala de Karnofsky: Grado II/III. · Requiere asistencia ocasional de otros. · Incapaz de realizar actividades laborales.	71 - 100%

V. VALORACION DEL MENOSCABO

La valoración del menoscabo en la capacidad de trabajo o disminución del estado de SALUD LABORAL producidas, debe realizarse luego de un tiempo de ocurridos los episodios agudos por reinfección o sobreinfección que inciden en la mayor o menor rapidez evolutiva de estas enfermedades a corto, mediano y/o largo plazo.
La valoración del menoscabo deberá tener concordancia entre los síntomas clínicos, los estudios complementarios de laboratorio y anátomo-funcionales de los órganos afectados y se incluirán los trastornos psiquiátricos y psicológicos generados por o durante la evolución de la enfermedad.

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR DEFICIENCIA DEL SISTEMA INMUNOLOGICO POR INFECCION V.I.H. - ENFERMEDAD S.I.D.A.

	% MAXIMO
CLASE I.	
· Reacciones serológicas positivas · Período prepatogénico · Asintomático · Sin alteraciones inmunohematológicas (linfocitos >2000, CD4 > 800/mm3 · Grado de actividad normal	0 - 15%
CLASE II.	
· Reacciones serológicas positivas · Período patogénico (primoinfección) · Asintomático o sintomático con adenopatías · Linfocitos <2000/mm3. CD4 > o = 500/mm3 · Grado de actividad normal	16 - 30%
CLASE III.	
· Reacciones serológicas positivas · Período patogénico (infección latente) · Asintomático o sintomático (linfadenopatías persistentes, pérdida de peso <10%, herpes, Infecciones respiratorias a repetición · Alteraciones inmunohematológicas (linfocitos entre 1000 y 2000/mm3, CD4 350-500/mm3) · Grado de actividad normal	31 - 50%

CLASE IV.

- Reacciones serológicas positivas 51 - 70%
- Período de infección latente tardía o evolutiva lenta
- Sintomático (pérdida de peso <10%, fiebre persistente, diarreas, fatiga muscular, infecciones a gérmenes conocidos)
- Con exclusión de infección por germen oportunista (I.O.) O tumor específico
- Alteraciones inmunohematológicas
  Anemia, leucopenia, trombopenia o linfopenia
  Linfocitos <1000/mm3, CD4 200 a 350/mm3
  Indice CD4/CD8 < 1
  Hipergamaglobulinemia
  Anergia cutánea
  Estudio de cargas virales de A.R.N. del H.I.V. con valores superiores o inferiores a los standares utilizados, pero más o menos estables entre dos determinaciones
- Grado de actividad intermedio, puede realizar trabajos que no le demanden esfuerzos (según condiciones del puesto de trabajo) o tener períodos de reposo importantes (más del 50%)

CLASE V.

- Pruebas serológicas positivas 70 - 100%
- Período de enfermedad S.I.D.A.
- Infecciones oportunistas
- Tumores específicos
- Síntomas clínicos evidentes
- Alteraciones inmunohematológicas (linfocitos <1000/mm3, CD4 <200 variable)
- Grado de actividad dificultosa (reposo más del 50%) o imposible

VI. ANEXO TECNICO

FORMAS DE INTERPRETACION DE LA CERTIFICACION DEL MEDICO TRATANTE

A) Los estadíos clínicos se designan **en números arábigos: 0, 1, 2, 3, 4 o en números romanos: 0, I, II, III, IV, V**. El último en ambos conjuntos numéricos sugeriría la Enfermedad S.I.D.A.

B) La categorización de laboratorio e inmunológica se designan en las letras: A, B, C. Esta última sugeriría la enfermedad S.I.D.A.

C) Las **categorías clínicas**, se designan por letras:

- O sin patología
- A primoinfección
- B síntomas menores o período latente (ni indicadora de I.O., ni tumores específicos,
- C entidades indicadoras de S.I.D.A. enfermedad.

D) Los criterios inmunológicos, se designan en números arábigos:

- 1 con más de 500 CD4/mm3
- 2 con linfocitos CD4 entre 200 a 500/mm3
- 3 con CD4 menor a 200 o 100/mm3.

COMPONENTES DE CADA HISTORIA CLINICA.

- **Anamnesis** o interrogatorio dirigido
- **Examen Físico** de los órganos blancos o sistemas o aparatos mencionados.
- **Exámenes Complementarios** mencionados en la valoración del menoscabo

- **Historia Laboral**
  - Se refiere al estudio del puesto de trabajo, para la patología y período considerado.
  - Incluirá los antecedentes laborales de cada situación.
  - Incluirá los estudios y oficios cursados o por realizar, para estudiar la posibilidad de reubicación laboral o jubilación.-

La **Evaluación del Impedimento o Incapacidad** en el trabajo para su tarea o toda tarea, transitoria o definitiva, deberá tener en cuenta todos los aspectos mencionados:

- Clínico
- Laboratorio
- inmunológico
- Laboral
- Evolutivo
- Pronostico
- Psiquiátrico
- Psicológico

A través de estudios mensuales, tri o cuatrimestrales, a las ocho y doce meses, para observar si en los lapsos de tiempo mencionados se puede mejorar la calidad de vida y prolongar el tiempo vital y útil de éstas situaciones.-
En este caso, los avances tecnológicos y de tratamiento triple antiviral o múltiple, permiten retrotraer los avances de la Infección H.I.V., Enfermedad S.I.D.A y las complicaciones viscerales orgánicas o funcionales de las otras E.T.S.S., con medicaciones actualizadas y permiten **rehabilitarlos a sus tareas habituales o reubicarlos en otros puestos de trabajo**, acordes a los resultados obtenidos del seguimiento y supervisión educativa y formativa.-

SISTEMA ENDOCRINO

I. INTRODUCCION

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos del sistema endocrino y su ubicación en clases.

La valoración del menoscabo que una enfermedad del sistema endocrino produzca en la capacidad de trabajo será evaluada luego que se hayan aplicado las correspondientes medidas terapéuticas (medicamentosas, quirúrgicas, rehabilitación); o después de un tiempo de ocurrido el o los episodios agudos.

El estudio del menoscabo debe tener una concordancia entre los síntomas clínicos, los estudios de laboratorios y funcionales. Para ello deberá contarse con los informes de los médicos tratantes o informes de la asistencia recibida en Instituicones del sistema de salud; los correspondientes exámenes de laboratorio y funcionales pertinentes, así como los resultados de los estudios anátomo patológicos, si ellos se han efectuado.

Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la evaluación final, por parte de él o los médicos peritos actuantes.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

Los impedimentos de carácter oncológico del sistema endocrino se deben considerar en la sección correspondiente.

En esta sección se incluyen aquellas neoplasias que se consideran extirpadas radicalmente, sin metástasis o siembras a distancia y que al momento de su evaluación no tienen signos o síntomas atribuibles a su enfermedad neoplásica de base. En estos casos la evaluación se realiza considerando las secuelas quirúrgicas y el compromiso funcional de ella derivado.

El sistema endocrino está compuesto por:

1. Eje hipotálamo hipofisario
2. Glándula tiroides
3. Glándulas paratiroides
4. Glándulas suprarrenales
5. Páncreas
6. Gónadas

Cualquier alteración en la secreción hormonal de una o más de estas glándulas dará como resultado un impedimento de origen endocrino. las glándulas endocrinas guardan una relación funcional y la afección de una de ellas puede manifestarse por una alteración en la función de otras glándulas lo que se deberá tomar en cuenta para determinar el menoscabo global de la persona.

La presencia de impedimentos en cualquier otro sistema del organismo que pueda estar relacionado con una alteración del sistema endocrino, deberá ser evaluado en la sección correspondiente al sistema afectdo y combinar ambos menoscabos.

1. EJE HIPOTALAMO HIPOFISARIO

1.1 Introducción

El hipotálamo y la hipófisis son considerados como una unidad funcional. Cuando se produce una alteración de este tipo puede haber una hiposecreción o una hipersecreción ya sea de la hipófisis anterior como de la hipófisis posterior.

ORGANOS DE LOS SENTIDOS

VISION, AUDICION Y EQUILIBRIO, HABLA, OLFATO Y GUSTO

SISTEMA VISUAL

La evaluación de los impedimentos visuales se efectúa considerando tres funciones:

a. Agudeza Visual Central
b. Campo Visual
c. Motilidad Ocular

El estudio de las funciones visuales se objetiva con medición de agudeza visual, campimetrías y estudio motor ocular. De acuerdo al peritaje oftalmológico y la patología involucrada se determinarán los exámenes complementarios de la especialidad; estudios de neurofisiología tales como potenciales evocados visuales o electroretinograma.

La valoración del menoscabo en la capacidad de trabajo por alteración de la agudeza o del campo visual establecido en esta sección equivalen al menoscabo global de la persona.

a. Agudeza Visual Central

El examen oftalmológico debe incluir:

Agudeza visual sin corrección y corregida, usando lentes ópticos.

La agudeza visual es medida por el especialista empleando el sistema inglés.

En la Tabla 1 se muestra el valor de menoscabo porcentual de pérdida en la capacidad de trabajo según la disminución de la agudeza visual.

TABLA Nº 1

AGUDEZA VISUAL

(Menoscabo Global de la Persona en %)

AGUDEZA VISUAL (Decimales)	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	0.05	0.0 (ojo ciego)	Enucleación
0,8	0	4	6	8	10	12	15	18	23	25	30
0,7	4	6	8	10	12	15	18	23	28	30	35
0,6	6	8	10	12	15	18	23	28	33	35	40
0,5	8	10	12	15	18	23	28	33	38	40	45
0,4	10	12	15	18	23	28	33	38	43	45	50
0,3	12	15	18	23	28	33	38	43	48	50	55
0,2	15	18	23	28	33	38	43	48	53	55	60
0,1	18	23	28	33	38	43	48	53	58	60	75
0,05	23	28	33	38	43	48	53	58	63	65	70
0,0 (ojo ciego)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75
Enucleación	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80

Aplicación de la Tabla Nº 1:

a. La pérdida o disminución de la agudeza visual en un solo ojo, estando el otro sano, se determinará por el porcentaje de menoscabo global de la persona en la primera línea horizontal del cuadro.

b. En la pérdida o disminución bilateral de la agudeza visual, el porcentaje de menoscabo se determinará en la intersección de la columna horizontal con la vertical de las visiones correspondientes al ojo derecho e izquierdo.

c. En caso de ojo único el porcentaje de menoscabo se determinará en la intersección de la vertical de los niveles de agudeza visual con la columna horizontal de ojo ciego.

d. Si existe enucleación de un ojo el porcentaje de menoscabo se determinará en la intersección de la vertical de los niveles de agudeza visual con la horizontal que dice enucleación.

e. Situaciones especiales: La afakia representa menoscabo que debe sumarse a la pérdida de la agudeza visual en forma aritmética. Afakia unilateral corregible con lentes agrega un 10% al porcentaje correspondiente a la disminución de agudeza visual. Afakia bilateral corregible con lentes se agrega un 20% al porcentaje que le corresponde por disminución de la agudeza visual.

Las Afakias Uni o Bilaterales, deberán evaluarse además por Campo Visual Comprometido.

Si está corregida con lente intraocular o seudofakia no se adiciona menoscabo por extirpación del cristalino.

b. Campo Visual

La extensión del campo visual central y periférico se evalúa usando los métodos habituales a una distancia de 33 cm., con iluminación determinada (7 foot candles) o relación índice/intensidad I/4 ó II/3 ó III/2 (que sumen 5).

Se recomienda el uso del Perímetro de Goldman, con índice I/4 ó la Campimetría Computarizada.

Deberán obtenerse 2 campos visuales con máxima corrección, el resultado se representará gráficamente en un diagrama de campo visual cada uno de los ocho meridianos principales de 45°.

La extensión mínima normal del campo visual desde el punto de fijación se indica en la table siguiente. Las cifras de la tabla son inferiores al promedio normal dejando margen para respuestas retardadas y prominencia muy marcada de cejas o nariz.

CAMPO VISUAL NORMAL DESDE EL PUNTO DE FIJACION	Grados
Temporal	85
Temporal Inferior	85
Inferior	65
Nasal Inferior	50
Nasal	60
Nasal Superior	55
Superior	45
Temporal Superior	55
Total	500

Determinación de la Pérdida del Campo Visual

Para la determinación de la pérdida del campo visual se requiere contar con un estudio del campo visual el que comprende campimetría central y periférica. Se debe realizar con la mejor corrección de la agudeza visual.

Para valorar el menoscabo global de la persona en la capacidad de trabajo basta cuantificar el daño en la Campimetría Central; la cual es más aceptable que la periférica y sus resultados más confiables.

Campimetría Central

El menoscabo en la campimetría central se calculará del siguiente modo:

1. Los 8 campos centrales fluctúan cada uno, entre 30° y 40°, sumando un total aproximado de 270°.
2. Se calcula la magnitud del campo medido. Por ejemplo: 3 campos de 25° = 75°: 2 campos de 40° = 80°: 3 campos de 0° (Hemianopsia inferior) = 0°; total del campo visual central = 75 + 80 + 0 = 155°.
3. La cifra anterior se debe multiplicar por 2, y luego se lleva a la Tabla 2. En el ejemplo 155 x 2 = 310° conservados, ó 190° perdidos, lo que da un menoscabo de visión de 38% del ojo afectado.

La más frecuente de las afecciones que compromete el Campo Visual es el glaucoma crónico simple que produce en general un estrechamiento concéntrico del Campo Visual.
En la Tabla 2, se muestra el porcentaje de pérdida del campo visual de cada ojo. Para obtener el porcentaje de pérdida del campo visual de ambos ojos se debe aplicar la siguiente fórmula:

(% menoscabo ojo peor x 0,25) + (menoscabo ojo mejor x 0,75)

Es decir, el mayor porcentaje de pérdida se multiplica por 0,25 y el menor se multiplica por 0,75 y luego se suman resultando así el menoscabo por campo visual bilateral.

Este menoscabo deberá sumarse combinado a las restantes funciones visuales evaluadas para obtener el menoscabo global de la persona por daño del Sistema Visual.

En caso de visión monocular con agudeza visual normal, pero con campo disminuido en el ojo único, se combina la falta de un ojo (25%) con la pérdida perimétrica obtenida directamente de la tabla 4 multiplicada por 0.75. Finalmente se combinan los menoscabos por agudeza visual y por campo visual, para obtener el menoscabo global de la persona.

El aumento de la mancha ciega y de los escotomas próximos a ésta pueden quedar incluidos en una Cuadrantopsia o Hemianopsia por lo que no requieren cálculo especial.

TABLA Nº 2
MENOSCABO POR PERDIDA DEL CAMPO VISUAL UNILATERAL

Perdidos	Grados Conservados	%	Perdidos	Grados Conservados	%	Perdidos	Grados Conservados	%
0	500	0	170	330	34	340	160	68
10	490	2	180	320	36	350	150	70
20	480	4	190	310	38	360	140	72
30	470	6	200	300	40	370	130	74
40	460	8	210	290	42	380	120	76
50	450	10	220	280	44	390	110	78
60	440	12	230	270	46	400	100	80
70	430	14	240	260	48	410	90	82
80	420	16	250	250	50	420	80	84
90	410	18	260	240	52	430	70	86
100	400	20	270	230	54	440	60	88
110	390	22	280	220	56	450	50	90
120	380	24	290	210	58	460	40	92
130	370	26	300	200	60	470	30	94
140	360	28	310	190	62	480	20	96
150	350	30	320	180	64	490	10	98
160	340	32	330	170	66	500	0	100

Hemianopsias y Cuadrantopsias

La existencia de alteraciones del campo visual por concepto de Hemianopsias y Cuadrantopsias determinan los siguientes menoscabos:

	% DE MENOSCABO DEL ORGANO DE LA VISION
HEMIANOPSIAS VERTICALES	
Homónimas, derecha e izquierda	28%
Heterónimas binasales	50%
heterónimas bitemporales	50%
HEMIANOPSIAS HORIZONTALES	
Superiores	15%
Inferiores	40%
CUADRANTOPSIAS	
Superiores	10%
Inferiores	20%
HEMIANOPSIAS EN SUJETOS MONOCULARES	
Nasal	65%
Inferior	75%
Temporal	85%

El menoscabo obtenido deberá sumarse en forma combinada a las restantes funciones visuales evaluadas para obtener el menoscabo global de la persona por daño del Sistema Visual.

6. Motilidad Ocular y Diplopía Binocular

Para evaluar la pérdida de motilidad ocular y la diplopia binocular se debe utilizar el Perímetro de Goldman en Intensidad III/4e y graficar la alteración en un diagrama de Campo Visual, o la Diploscopía por el Test de Hess-Lancaster. El menoscabo lo determina el meridiano con mayor porcentaje según lo siguiente:

SUPERIOR	INFERIOR
10° = 15%	10° = 20%
20° = 10%	20° = 15%
30° = 5%	30° = 10%

El porcentaje de menoscabo se sumará en forma combinada a la valoración de las restantes funciones visuales.

MENOSCABOS POR IMPEDIMENTOS NO CONSIDERADOS EN PUNTOS ANTERIORES

	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
Oftalmoplejía interna total, unilateral.	15%
Oftalmoplejía interna total, bilateral	30%
Midriasis y lesiones del iris, cuando ocasionan trastornos funcionales unilateral.	5%
Midriasis y lesiones del iris bilaterales.	10%
Ptosis palpebral con pupila descubierta.	5%
Ptosis palpebral o blefaroespasmo con pupila cubierta bilateral.	50%
Deformaciones palpebrales unilaterales.	10%
Deformaciones palpebrales bilaterales.	15%
Epífora Unilateral.	5%
Epífora Bilateral.	10%
Fístula Lagrimal Unilateral	15%
Fístulas Lagrimales Bilaterales	20%
Hipolacrima	15%
Miosis Farmacológica	15%
Miosis Sinequética	15%
Nictalopia	10%

Encandilamiento Fácil	10%
Afakia Unilateral	10%*
Afakia Bilateral	20%*
Seudofakia	0%

* Suma aritmética; resto para suma combinada.

SISTEMA AUDITIVO

Se consideran dentro de este sistema las funciones de audición y de equilibrio.

La evaluación de los impedimentos de este sistema requiere de estudios e informes especializados de Otorrinolaringólogos.

Los exámenes objetivos serán solicitados por el especialista y podrán incluir: Radiografías, Tomografía axiales computarizadas, Resonancia magnética nuclear, Audiometrías, Potenciales Evocados Auditivos (audiológicos y/o neurológicos), Electronistagmografía e Impedanciometría (Timpanometría y Reflejo Estapedial).

EVALUACION DE LA CAPACIDAD DE AUDICION

La capacidad de comprender el lenguaje oído es imposible de medir con certeza aceptándose por convención medir sólo la agudeza auditiva con audiómetro. Para las condiciones normales de trabajo basta medir en cámara silente la audición a frecuencias de 500, 1.000, 2.000 y 3.000 Hz. En enfermedades profesionales se mide además la audición a frecuencias de 4.000 y 6.000 Hz, porque a esas frecuencias se produce el mayor daño por ruido.
Deben realizarse dos audiometrías a intervalo de tres días, previo reposo de ambiente ruidoso de 12 horas y al menos 3 meses posterior al inicio de la enfermedad por personal especializado.
La permeabilidad de la vía aérea deberá confirmarse otoscópicamente.
En trabajadores que usen Otoamplificador la Audiometría se efectuará con el implemento.
La confiabilidad de las curvas obtenidas será certificada por el especialista quien a su criterio podrá ampliar el estudio con Potenciales Evocados Audiológicos y/o Logoaudiometría.
Las medidas se expresarán en decibeles (dB) con referencia al cero audiométrico definido por ANSI - 1969 (American National Standards Institute). El promedio de los umbrales de audición a 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz, 3.000 Hz, (4.000 Hz y 6.000 Hz para Enfermedades Profesionales), debe ser calculado para cada oído.
Cuando no hay audición a una determinada frecuencia (Hz), se le asigna el valor máximo, es decir 92 dB.

Cálculo para Determinar el Menoscabo Auditivo Monoaural

El primer paso será obtener el promedio de pérdida en **dB** para cada oído en dos audiometrías.

EJEMPLO Nº 1

DECIBELES PERDIDOS

	Audiometría Nº 1	Audiometría Nº 2
Hz (c.p.s.)	**O.I.**	**O.I.**
500	25	30
1000	30	25
2.000	35	30
3.000	45	40
4.000	50	50

PROMEDIO DE LAS DOS AUDIOMETRIAS

Hz (c.p.s.)	O.I.
500	28
1.000	28
2.000	33
3.000	43
SDU	130

Por convención se denomina SDU, a la suma promedio de los decibeles perdidos en las audiometrías o suma decibeles umbral auditivo. El SDU obtenido se lleva a la Tabla Nº 1, donde se obtiene el porcentaje de menoscabo de la audición monoaural.
La SDU inferior a 100 no asignará menoscabo.

TABLA Nº 1
MENOSCABO AUDITIVO MONOAURAL

SDU	%	SDU	%
100	0.0	240	52.5
105	1.9	245	54.4
110	3.8	250	56.2
115	5.6	255	58.1
120	7.5	260	60.0
125	9.4	265	61.9
130	11.2	270	63.8
135	13.1	275	65.6
140	15.0	280	67.5
145	16.9	285	69.3
150	18.8	290	71.2
155	20.6	295	73.1
160	22.5	300	75.0
165	24.4	305	76.9
170	26.2	310	78.8
175	28.1	315	80.6
180	30.0	320	82.5
185	31.9	325	84.4
190	33.8	330	86.2
195	35.6	335	88.1
200	37.5	340	90.0
205	39.4	345	90.9
210	41.2	350	93.8
215	43.1	355	95.6
220	45.0	360	97.5
225	46.9	365	99.4
230	48.9	370 ó mayor	100.0
235	50.6		

Luego para determinar el menoscabo global de la persona por concepto de pérdida de audición el porcentaje de pérdida monoaural se multiplica por 0.12.

Cálculo para Determinar el Menoscabo Auditivo Binaural

El primer paso es determinar el promedio de **dB** perdidos de las dos audiometrías para cada oído. Luego la SDU y su porcentaje correspondiente en la Tabla Nº 1.

El menoscabo por pérdida de la audición binaural se determina multiplicando el porcentaje de menoscabo de oído mejor por 5 y sumándole luego el porcentaje del oído peor. El resultado anterior se divide por 6, y su resultado, multiplicado por 0.5

$$\frac{(\%\text{ oído mejor x 5}) + (\%\text{ oído peor x 1})}{6} \text{ x } 0.5 = \%$$ **Menoscabo Auditivo Global de la persona**

El oído mejor es aquel cuya suma de dB perdidos es más cercana a 100 dB.

Para los efectos de cuantificar pérdida en la capacidad de trabajo, el menoscabo auditivo binaural es equivalente el menoscabo global de la persona.

El sordo total con SDU 368 bilateral tiene un 100% de deterioro de la audición lo que corresponde a un 50% de menoscabo global de la persona.

EQUILIBRIO

En la calificación del menoscabo del sistema auditivo por alteraciones del equilibrio se considerarán únicamente los problemas derivados de impedimentos del Laberinto, Vestíbulo y sus vías. No se incluyen en esta sección los vértigos originados por alteraciones centrales los que serán analizados en la sección correspondiente al Sistema Nervioso Central.

a. Pérdida Completa de la Función Vestibular

Esta pérdida puede ser unilateral o bilateral. Cuando la pérdida es unilateral el equilibrio no se ha alterado permanentemente, y se compensará con el Núcleo Vestibular Central, por lo tanto, no se debe otorgar porcentaje de menoscabo por esta patología.

Cuando la pérdida es bilateral puede esperarse cierto grado de compensación mediante mecanismos kinestésicos y visuales.

Ambas condiciones se les exigirá un período mínimo de evolución de doce meses con tratamiento médico especializado.

b. Pérdida de la Función Laberinto - Vestibular

La Enfermedad de Meniere se caracteriza por ataques paroxísticos de vértigo, tinnitus y pérdida fluctuante de la audición. Pudiendo coexistir nauseas, vómitos y ataxia. Las remisiones son irregulares e impredecibles pero pueden ser permanentes, en consecuencia la severidad del daño existente se determina sólo después de una observación prolongada de al menos 12 meses.

El estudio de ambas alteraciones funcionales se efectuará por Audiometrías, Impedanciometrías, Electronistagmografías y Potenciales Evocados Auditivos de Tallo Cerebral.

La pérdida auditiva se sumará combinadamente al menoscabo que otorgue la clase respectiva.

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO VERTIGINOSO VESTIBULAR	
Clase I	**Menoscabo Global de la persona de 0% - 10%** Existen síntomas y signos de vértigo periférico, lleva a cabo las actividades de la vida diaria y laboral controladas por tratamiento.
Clase II	**Menoscabo Global de la Persona de 11% - 20%** Existen síntomas y signos de vértigo periférico, las actividades de la vida diaria y laboral puede efectuarlas, pero el tratamiento controla parcialmente sus manifestaciones.
Clase III	**Menoscabo Global de la Persona de 21% - 35%** Existen síntomas y signos de vértigo periférico, sus actividades diarias no se ven comprometidas, pero su actividad laboral debe restringirse a labores ligeras. Necesita tratamiento médico continuo.
Clase IV	**Menoscabo Global de la Persona de 36% - 50%** Existen síntomas y signos de vértigo periférico, es independiente en las actividades de la vida diaria, pero no puede desarrollar actividad laboral.
Clase V	**Menoscabo Global de la Persona de 51% - 70%** Existen síntomas y signos de vértigo periférico; las actividades de la vida diaria no puede hacerlas sin ayuda, y debe estar confinado al hogar.

OLFATO Y GUSTO

Estas normas asignan un 5 % de menoscabo global de la persona por la pérdida completa de los Sentidos del Olfato o Anosmia y del Gusto o Ageusia.

HABLA

La evaluación de la pérdida orgánica del lenguaje incluye la incapacidad de producirlo por cualquier medio incluso con rehabilitación foniátrica o dispositivos mecánicos o electrónicos. Si el trastorno se debe a lesiones neurológicas éstos deberán ser evaluados en la sección correspondiente al Sistema Nervioso Central.
En las respectivas clases se considera audibilidad, inteligibilidad y eficiencia funcional del habla.

VALORACION DEL MENOSCABO POR IMPEDIMENTO DEL HABLA	
Clase I	**Menoscabo Global de la Persona de 0% - 10%** Puede hacerse oír lo suficiente, aunque a veces tenga que hacer un esfuerzo. Puede articular lo suficiente, aunque a veces tenga que repetir. Puede pronunciar y articular con una velocidad y facilidad adecuada, aunque dude o lo haga más despacio.
Clase II	**Menoscabo Global de la Persona de 11% - 20%** Puede hacerse oír lo suficiente; se le entiende en condiciones normales, pero tiene dificultades en hacerse entender en ambientes ruidosos. Puede articular lo suficiente; entenderle cualquiera al decir su nombre, dirección, etc., comete muchos errores y a veces tiene dificultad en articular la palabra. Puede pronunciar y articular con velocidad y facilidad adecuada, tiene interrupciones, dudas o lo hace despacio.
Clase III	**Menoscabo Global de la Persona de 21% - 35%** Puede hacerse oír hablando con otra persona, sin embargo tiene dificultad en sitios ruidosos. La voz se le cansa rápidamente. Puede articular con dificultad, conversar con la familia y amigos. Sin embargo, las personas que no le tratan pueden encontrar mucha dificultad en entenderle; tiene que repetir lo expresado. Puede pronunciar y articular con dificultad, sólo puede sostener una conversación continuada por breves períodos, fatigándose rápidamente.
Clase IV	**Menoscabo Global de la Persona de 36% - 50%** Apenas se le oye. No se le escucha por teléfono, puede susurrar pero no tiene voz. Puede emitir algunas unidades fonéticas, balbucear algunos nombres que no se le entienden. Puede pronunciar y articular frases cortas y palabras sueltas, pero no puede mantener una conversación. Le cuesta trabajo hablar y lo hace muy despacio.
Clase V	**Menoscabo Global de la Persona de 51% - 70%** No puede hacerse oír en absoluto. No articula ni pronuncia palabras.

SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO

I) INTRODUCCION

Este capítulo, proporciona la metodología para evaluar los impedimentos Reumatológicos y Ortopédico-Traúmaticos y su ubicación en clases.
La valoración del menoscabo que una enfermedad del sistema Músculo Esquelético produce en la capacidad de trabajo será evaluada luego que se hallan aplicado las correspondientes medidas terapéuticas (medicamentosas, quirúrgicas, rehabilitación), o después de un tiempo de iniciado los síntomas.
Para el estudio del menoscabo debe haber una concordancia entre los síntomas clínicos, las alteraciones funcionales y los estudios imagenológicos. Para ello deberá contarse con los informes de médicos tratantes o informes de la asistencia recibida en Instituciones de Sistema de Salud y los correspondientes estudios complementarios pertinentes
Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la evaluación final por parte de él o los médicos peritos actuantes.

II) CONSIDERACIONES GENERALES

Se incluyen en esta sección los impedimentos Reumatológicos y Ortopédico-Traumáticos. Ambos se abordan por separado.

A) IMPEDIMENTOS REUMATOLOGICOS

I) INTRODUCCION

Con fines evaluadores podemos dividir los impedimentos reumatológicos en grupos de patologías:
1. Inflamatorias
2. Degenerativas
3. Metabólicas
4. Extra-articulares

1. INFLAMATORIAS

El deterioro producido por enfermedades inflamatorias, se medirá desde 2 puntos de vista:
a) Compromiso articular.
b) Compromiso sistémico.

Cuando existan lesiones osteoarticulares y sistémicas, se calcularán la combinación de las incapacidades producidas por las mismas.

- Artritis séptica
- Artritis Traumática
- Artritis Reumatoidea de Adulto
- Artritis Reumatoidea Juvenil
- Espondiloartropatias Seronegativas
- Enfermedades Colagenovasculares:
  - Lupus Eritematoso Sistémico
  - Esclerosis Sistémica Progresiva
  - Dermatomiositis y Polimiositis
  - Vasculitis (PAN, etc.)
  - Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo
  - Enfermedad no Diferenciada del Tejido Conectivo

2. DEGENERATIVAS

Se evaluarán a partir de su repercusión funcional sobre las articulaciones comprometidas.

- Artrosis de Manos
- Artrosis de Columna Cervical
- Artrosis de Columna Dorsal
- Artrosis de Columna Lumbar
- Artrosis de Caderas
- Artrosis de Rodillas
- Otros procesos degenerativos articulares (Necrosis Asépticas)

3. METABOLICAS

De existir compromiso orgánico extraarticular, se agregará su menoscabo al compromiso articular.

- Gota
- Condrocalcinosis
- Osteoporosis
- Osteomalacia

4. EXTRA-ARTICULARES

Su menoscabo se valorará siguiente el tipo de compromiso funcional (ej.: la afectación neurológica por el síndrome del túnel carpiano o la limitación funcional articular de codo o rodilla por los tofos gotosos).

- Bursitis
- Tendinitis
- Periartritis
- Fibrositis
- Fibromialgias
- Entesitis

Para evaluar el menoscabo en la capacidad de trabajo de los Impedimentos por causa Rematológica es fundamental tener presente que el diagnóstico de estas patologías se debe realizar en base a criterios clínicos, estudios imagenológicos y exámenes de laboratorio. Debe asegurarse que el trabajador haya recibido tratamiento suficiente y adecuado, de acuerdo a planes terapéuticos actuales.

El impedimento debe tener como mínimo un año de evolución para determinar que no habrá una recuperación funcional parcial o total. Durante el período deberá haber cumplido con un programa de medicina física y rehabilitación.

Para el tratamiento de alguno de estos impedimentos existen alternativas quirúrgicas que pueden mejorar el grado de menoscabo. Posterior a cirugías se debe esperar por lo menos un período de 6 meses para evaluar y calificar el menoscabo.

III) PROCEDIMIENTOS DE EVALUACION

Las enfermedades de tipo reumatológico se objetivan por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio de él o los médicos peritos actuantes, solicitan otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica.

- Anamnesis (historia actual, antecedentes personales y familiares)
- Examen clínico
- Evolución en el tiempo
- Historia Laboral
- Hemograma
- Eritrosedimentación
- Factor Reumatoideo
- Células LE
- Anticuerpos Antinucleares (AAN)
- Anticuerpos Anti-DNA Nativo de doble cadena
- Anti-Sm
- Anticuerpos Anti-ENA (C-ANCA Y P-ANCA Scl 70 y ANTICENTROMERO ANTIRNP)
- Antígenos de Histocompatibilidad (HLA B27)
- V.D.R.L.
- Depuración de Creatinina en orina de 24 horas
- Transaminasas T.G.O y T.G.P.)
- Calcio Sérico y en Orina de 24 horas
- Fósforo
- Fosfatasa Alcalina
- Acido úrico
- Examen General de Orina y Sedimento Urinario
- Biopsia Sinovial, Renal, Nódulos, etc.
- Radiografías de Articulaciones Comprometidas
- Ultrasonografías Articular
- Tomografía Axial Computarizada
- Resonancia Nuclear Magnética
- Densitometría ósea
- Raquimetría

IV)VALORACION DEL MENOSCABO

VALORACIÓN DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS REUMATICOS INFLAMATORIOS

Clase I Menoscabo Global de la Persona de 0% - 10%

- Existen síntomas de impedimento inflamatorio articular o colagenovascular consistentes en Artralgias Migratorias, Rigidez Articular Matutina, sin signos de Sinovitis, Deformaciones, o compromiso del estado general.
- Los exámenes complementarios no tienen alteraciones significativas.
- Estos síntomas tienen al menos 6 meses de evolución y no ocasionan limitación en las actividades laborales.

Clase II Menoscabo Global de la Persona de 11% - 25%

- Existen síntomas y signos de impedimento inflamatorio articular o colagenovascular consistente en Poliartralgias, Poliartritis Simétrica o Migratoria, Rigidez Matutina de las Articulaciones, Sinovitis, sin deformaciones ni desviaciones.
- No hay limitación para las actividades laborales.

Clase III Menoscabo Global de la Persona de 26% - 45%

- Existen síntomas y signos de impedimento articular inflamatorio o colagenovascular con Poliartralgias, Poliartritis Simétricas o Migratorias, Rigidez Articular Matutina, Sinovitis Articular sin deformaciones o desviaciones.
- Los rangos de movilidad articular están limitados en sus últimos grados y existe limitación en las actividades laborales que requieren gran demanda física.
- Las radiografías demuestran pinzamiento articular y pequeñas erosiones.

Clase IV Menoscabo Global de la Persona de 46% - 65%

- Existen síntomas y signos de impedimento inflamatorio Poliarticular o colagenovascular, se agrega la existencia de deformaciones, desviaciones articulares, o ambas. Exámenes de laboratorio y por imágenes concluyentes de daño cartilaginoso.
- No existe compromiso de otros parénquimas (Riñón, Pulmón, Corazón, Piel, Sistema Nervioso Central y Periférico).
- El tratamiento medicamentoso continuo controla parcialmente los síntomas y existe una limitación de la capacidad funcional para realizar las actividades de la vida laboral.

Clase V Menoscabo Global de la Persona de 66% - 80%

- Existe impedimento inflamatorio Poliarticular o colagenovascular con severas secuelas Osteoarticulares, Musculares o Cutáneas (Artrosis Secundaria, Subluxaciones, Anquilosis Fibrosa y ósea, Atrofia Muscular, Fibrosis Cutánea, etc.), que permite el desarrollo mínimo de las actividades personales de la vida diaria, pero no la realización de actividades laborales.
- Existe compromiso multisistémico comprobable por los exámenes correspondientes.

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS REUMATICOS DEGENERATIVOS

La valoración de los menoscabos por Artrosis debe basarse en la existencia propia de la enfermedad, en las limitaciones de las articulaciones y los procesos compresivos neurales. Con tal objetivo hay que remitirse a la sección de los Nervios Espinales Periféricos y efectuar suma combinada.
En las Artrosis de Manos es preferible considerar la funcionalidad de ellas antes que la evaluación de los rangos de movilidad de cada articulación de las manos; sin embargo debe existir correlación clínico radiológica de manera que no es posible calificar Artrosis de Manos en ausencia de daño radiológico y viceversa.

La evaluación funcional de destreza y fuerza de las manos será evaluada por el médico perito.
Las pérdidas funcionales por lesiones neurológicas se evalúan de acuerdo al nervio periférico comprometido y aplicando los criterios correspondientes a la sección del Sistema Nervioso Periférico.

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO DE ARTROSIS DE MANOS

CLASE	EXTREMIDAD DOMINANTE	EXTREMIDAD NO DOMINANTE	AMBAS MANOS
Clase I			
Dificultad en la destreza de los dedos	15%	10%	21%
Fuerza de garra y pinza < 50%	20%	15%	29%
Clase II			
No tiene destreza en los dedos	20%	15%	27%
Fuerza de garra y pinza < de 20%	35%	20%	43%

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO DE ARTROSIS DE: HOMBROS - CODOS - MUÑECAS (Articulaciones que no soportan carga corporal)

Se califican según menoscabo de rangos articulares perdidos descritos en la sección Músculo Esquelético, Ortopédico - Traumáticos.

En las Artrosis de Caderas, Rodillas o ambas, la ponderación de los rangos articulares no resulta suficiente para medir el menoscabo en la capacidad de trabajo. En éstos se evaluará la funcionalidad que involucra patrones de marcha, postura, presencia de dolor y contractura muscular.

Estos impedimentos deben calificarse con corrección quirúrgica o sin cirugía si están fuera de posibilidad terapéutica con las técnicas de sustitución. En aquellas personas con correcciones quirúrgicas el tiempo mínimo válido para evaluar y calificar menoscabo deberá ser de 6 meses.

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO DE ARTROSIS DE CADERAS - RODILLAS - TOBILLO Y PIES (Articulaciones que soportan carga corporal)

Clase I **Menoscabo Global de la Persona de 0% - 10%**
- Puede sostenerse de pie prolongadamente, camina en todos los terrenos, presenta dolor al iniciar actividad.

Clase II **Menoscabo Global de la Persona de 11% - 25%**
- Puede sostenerse de pie prolongadamente, camina en todos los terrenos.
- Tiene molestias dolorosas que necesitan tratamiento medicamentoso ocasional.

Clase III **Menoscabo Global de la Persona de 26% - 45%**
- Puede sostenerse de pie por períodos variables de tiempo, camina en todos los terrenos.
- Tiene molestias dolorosas que necesita tratamiento medicamentoso y fisiátrico frecuentes.

Clase IV **Menoscabo Global de la Persona de 46% - 65%**
- Puede sostenerse de pie por períodos cortos de tiempo, camina solo en terrenos planos con uso o no de aditamentos (bastones, andaderas, muletas, etc.), pero lo hace con dificultad en gradas y/o terrenos inclinados.
- Requiriendo tratamiento medicamentoso y fisiátrico permanente.

Clase V **Menoscabo Global de la Persona de 66% - 80**
- Puede sostenerse de pie con dificultad, pero no camina.
- Usa silla de ruedas o sólo se desplaza tramos cortos dentro del hogar, con uso obligatorio de aditamentos.

Nota: Los impedimentos categorizados en las clases anteriores, incluyen compromisos bilaterales, unilaterales y mixtos (Ejemplo: Cadera y Rodilla).

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS REUMATICOS METABOLICOS

GOTA

Tratamientos deficientemente cumplidos por la persona producen crisis inflamatorias articulares a repetición que pueden provocar severas deformaciones; Osteolisis, formación de tofos periarticulares y daño renal por depósito de uratos. Estos casos pueden valorarse según las clases correspondientes a Impedimentos Reumáticos Inflamatorios. El daño renal se evaluará según lo establecido en la sección del Sistema Urinario Genital.

CONDROCALCINOSIS

Crisis repetidas pueden determinar una Artrosis Secundaria que se evaluará según su capacidad funcional (clases de los impedimentos reumáticos degenerativos). Su evaluación requiere exámenes radiológicos y la comprobación de cristales de pirofosfato de calcio en el líquido sinovial.

OSTEOPOROSIS GENERALIZADA

Para el estudio de esta patología se considerará imagenología (Radiografías, Densitometría ósea) y exámenes de laboratorio (Determinación de Calcio Sérico, Fósforo Sérico y Fosfatasa Alcalina).

Si el impedimento necesita terapia continua para aliviar el dolor sin conseguir su remisión total, se valorará el menoscabo global en hasta 20%.

El menoscabo global de la persona será de grado severo, cuando en la Osteoporosis Generalizada se compruebe una de las condiciones siguientes:

1. Compresión y fractura de un cuerpo vertebral con pérdida de al menos el 50% del tamaño estimado de dicho cuerpo y listesis variable, no causado por traumatismo y que produce sintomatología dolorosa permanente.
2. Fracturas vertebrales múltiples, no causadas por traumatismo, que producen dolor y restricción en su movilidad y activaciones cotidianas.
3. Fractura Patológica de Huesos Largos, asociada a la Osteoporosis.

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS REUMATICOS EXTRAARTICULARES

Se reconocen en esta sección: Bursitis, Tendinitis, Sinovitis, Entesitis, Miotendinitis, Fibromialgias y Sindromes de Sobreuso de las Extremidades. En su etiología se identifican factores degenerativos, psicosomáticos, metabólicos y profesionales. La historia clínica del impedimento deberá orientarse a su etiología, investigando los factores de riesgo presentes en

el trabajo del solicitante que lo expongan a microtraumas repetitivos, movimientos cíclicos, cuya velocidad excede el tiempo fisiológico de recuperación tisular y posturas corporales mantenidas que ocasionen daño objetivo. El origen sicosomático deberá ser evaluado en la sección de Impedimento Mental. Los eventuales daños degenerativos o metabólicos serán evaluados por biopsias del tejido afectado.
Para determinar el menoscabo global de la persona por reumatismo extra-articular de las extremidades superiores y resuelto el origen de la afección, se aplicará la valoración en forma combinada correspondiente al defecto funcional de las manos con las pérdidas de movilidad de rangos articulares.
En las Extremidades Inferiores los criterios aplicables son los contenidos en la valoración de Artrosis de esta sección.

B) IMPEDIMENTOS ORTOPEDICO-TRAUMATICOS:

I) INTRODUCCION

Para la evaluación de las afecciones osteoarticulares se tiene en cuenta fundamentalmente las secuelas anátomo - funcionales.

II) CONSIDERACIONES GENERALES

La evaluación del impedimento en el sistema músculo esquelético debe estar respaldada por una descripción detallada del aspecto; forma; función; estado muscular y osteoarticular; reflejos; déficit circulatorio y alteraciones sensitivas, motoras y autonómicas. El médico perito deberá diferenciar la pérdida de la función por lesión neurológica en cuyo caso el trastorno sensitivo; autonómico; dolor y la fuerza muscular, se analizarán de acuerdo al nervio periférico afectado en la sección del Sistema Nervioso Periférico.
Un informe de atrofia muscular no es aceptable como evidencia de pérdida motora severa, sin que se realicen las medidas de circunferencia de ambos brazos o antebrazos, o ambos muslos o piernas. La atrofia muscular debe consignarse y valorarse de acuerdo a la causa que la produce.
El dolor es un factor importante como causa de la pérdida de función, pero debe estar asociado a signos físicos para ser considerado. El dolor puro, no acompañado de signos objetivos de organicidad no es objeto de incapacidad permanente.
Las conclusiones del examen físico deben determinarse con base en observaciones objetivas, es importante que el evaluador aplique técnica de pruebas y contrapruebas para asegurarse respecto de la magnitud de las observaciones.
Los hallazgos físicos que producen menoscabo deben haber persistido por un tiempo prolongado de por lo menos 12 meses sin mejoría ante una terapia bien llevada. Esto debe exigirse especialmente cuanto existe cirugía previa que no ha dado el resultado esperado. Cuando existen intervenciones quirúrgicas deberá incluirse una copia del protocolo operatorio y los informes anatomopatológicos disponibles.
En caso de colocación de prótesis debemos tener en cuenta, la recuperación de la funcionalidad del miembro y de la prótesis colocada.
Las técnicas para medir la movilidad activa y de anquilosis están ilustradas. Cuando la articulación contralateral sea normal ésta deberá servir como patrón de comparación. La medición es tomada y registrada luego que la persona ha efectuado el movimiento hasta el máximo en forma activa. Al medir anquilosis ésta debe ser registrada por la desviación desde la posición neutral.
En caso de lesión anátomo-funcional del miembro más hábil se adicionará un porcentaje proporcional de hasta 5% de la incapacidad ya calculada.

III) PROCEDIMIENTOS DE EVALUACION

- Historia Laboral
- Historia Clínica
- Examen Físico
- Examen de Valoración General
- Técnicos de medición del movimiento articular (Geniometría)
- Rx
- TAC
- Resonancia magnética
- Ultrasonografías
- Densitometrías
- Raquimetría

IV) VALORACION DEL MENOSCABO

COLUMNA VERTEBRAL

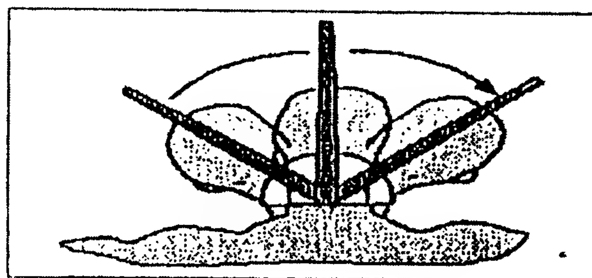
Con fines evaluadores, los impedimentos ortopédico-traumáticos de columna vertebral se estudiarán en la forma siguiente:

1. Región Cervical
2. Renglón Dorsolumbar
3. Lesiones Misceláneas de Columna Vertebral

- Cervicobraquialgia
- Lumbalgia
- Lumbociatálgia

CRITERIOS DE VALORACION

A) La evaluación del impedimento de la columna vertebral debe establecerse con base en la historia clínica, examen completo, estudio por imágenes y electrofisiología. También deben tomarse en cuenta los tratamientos incluyendo tipo, dosis y frecuencia de los fármacos y las actividades diarias y laboral de la persona. Debe efectuarse un examen físico neurológico y ortopédico incluyendo la descripción del patrón de marcha y postura, limitación de los movimientos de la columna.
B) En los casos de limitación de la movilidad, cuando son varios los movimientos afectados, se suma aritméticamente el grado de incapacidad de cada uno de ellos y el resultado es la incapacidad de la persona.
C) En los casos en que la columna se encuentra anquilosada (cervical o dorsolumbar), el valor mayor por anquilosis, representa la incapacidad global de la persona debido al sector de la columna en que se encuentre.
D) Si a la alteración de la movilidad se le agrega una lesión nerviosa radicular o periférica, se valorará ésta en el capítulo de sistema nervioso y se combinarán los porcentajes.
E) El 0° se toma cuando la cabeza o el tronco miran hacia adelante.



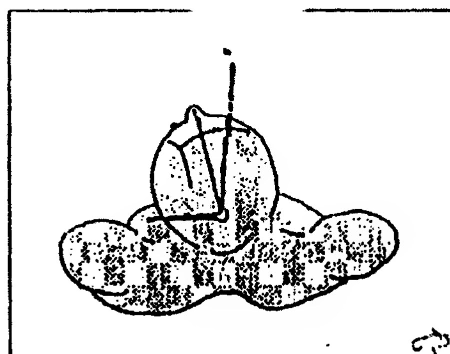
EVALUACION DE LA MOVILIDAD POR SEGMENTOS EN LA COLUMNA VERTEBRAL

1. Región Cervical

REGION CERVICAL - INCLINACION LATERAL DERECHA O IZQUIERDA MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud de la Flexión Lateral = 80 grados

INCLINACION LATERAL DESDE LA POSICION NEUTRA (0°) HASTA	PERDIDOS GLOBAL	CONSERVADOS	MENOSCABO DE LA PERSONA
0°	40°	0°	2%
10°	30°	10°	2%
20°	20°	20°	1%
30°	10°	30°	1%
40°	0°	40°	0%



REGION CERVICAL - INCLINACION LATERAL DERECHA O IZQUIERDA
ANQUILOSIS
Región Anquilosada en:

	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º(posición neutra)	20%
10º	25%
20º	30%
30º	35%
40º	40%

REGION CERVICAL - ROTACION DERECHA O IZQUIERDA
MOVIMIENTO RESTRINGIDO
Amplitud Media de la Rotación = 60º

ROTACION DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º	30º	0º	4%
10º	20º	10º	2%
20º	10º	20º	1%
30º	0º	30º	0%

REGION CERVICAL -ROTACION DERECHA O IZQUIERDA
ANQUILOSIS
Región Anquilosada en:

	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º (posición neutra)	20%
10º	27%
20º	33%
30º	40%

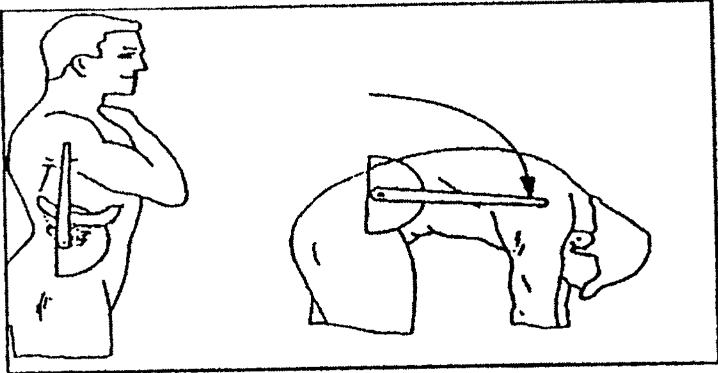


REGION CERVICAL - FLEXION O EXTENSION
MOVIMIENTO RESTRINGIDO
Amplitud Media de la Flexión = 60 grados

FLEXION O EXTENSION DESDE POSICION NEUTRA (0º) HASTA	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º	30º	0º	4%
10º	20º	10º	3%
20º	10º	20º	1%
30º	0º	30º	0%

REGION CERVICAL - FLEXION O EXTENSION
ANQUILOSIS
Región Anquilosada en:

	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º (posición neutra)	20%
10º	27%
20º	33%
30º	40%

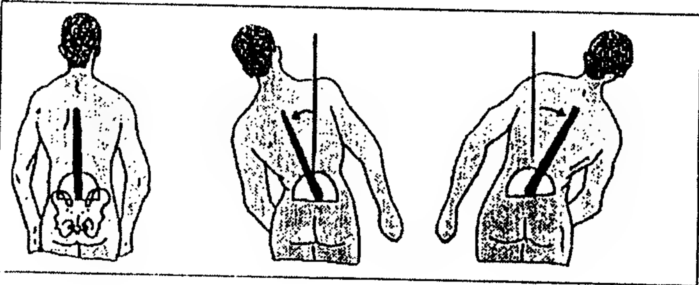


REGION DORSOLUMBAR - FLEXION O EXTENSION
MOVIMIENTO RESTRINGIDO
Amplitud Media de la Flexión - Extensión = 120 grados

FLEXION DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º	90º	0º	9%
10º	80º	10º	8%
20º	70º	20º	7%
30º	60º	30º	6%
40º	50º	40º	5%
50º	40º	50º	4%
60º	30º	60º	3%
70º	20º	70º	2%
90	0º	90	0%
EXTENSION DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA			
0º	30º	0º	3%
10º	20º	10º	2%
20º	10º	20º	1%
30º	0º	30º	0%

REGION DORSOLUMBAR - FLEXION O EXTENSION
ANQUILOSIS
Región Anquilosada en:

	Menoscabo global de la persona
0º (posición neutra)	30%
10º	33%
20º	37%
30º	40%
40º	43%
50º	47%
60º	50%
70º	53%
80º	57%
90º	60%
Región anquilosada en:	
0º (posición neutra)	30%
10º	40%
20º	50%
30º	60%



REGION DORSOLUMBAR
INCLINACION LATERAL DERECHA O IZQUIERDA
MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Flexión Lateral = 40 grados

INCLINACION LATERAL DESDE LA POSICION NEUTRA (0°) HASTA	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0°	20°	0°	4%
10°	10°	10°	2%
20°	0°	20°	0%

REGION DORSOLUMBAR
INCLINACION LATERAL DERECHA O IZQUIERDA

ANQUILOSIS

Región anquilosada en:

	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0° (posición neutra)	30%
10°	45%
20°	60%

REGION DORSOLUMBAR
ROTACION DERECHA O IZQUIERDA
MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Rotación = 60 grados

ROTACION DESDE LA POSICION NEUTRA (0°) HASTA	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0°	30°	0°	5%
10°	20°	10°	4%
20°	10°	20°	2%
30°	0°	30°	0%

REGION DORSOLUMBAR
ROTACION DERECHA O IZQUIERDA

ANQUILOSIS

Región anquilosada en:

	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0° (posición neutra)	30%
10°	40%
20°	50%
30° (rotación hacia la der./izq. completa)	60%

VERTEBRAS MULTIPLES
ANQUILOSIS - REGION CERVICAL Y DORSOLUMBAR

POSICION FUNCIONAL	IMPEDIMENTO GLOBAL DE LA PERSONA	POSICION DISFUNCIONAL	IMPEDIMENTO GLOBAL DE LA PERSONA
2 cervicales cualq.	3%	2 cervicales cualq.	7%
3 cervicales cualq.	7%	3 cervicales cualq.	13%
4 cervicales cualq.	10%	4 cervicales cualq.	20%
5 cervicales cualq.	13%	5 cervicales cualq.	27%
6 cervicales cualq.	17%	6 cervicales cualq.	33%
7 cervicales cualq.	20%	7 cervicales cualq.	40%
C7 y D1	2%	C7 D1	4%
2 dorsales cualq.	1%	2 dorsales cualq.	2%
3 dorsales cualq.	2%	3 dorsales cualq.	4%
4 dorsales cualq.	3%	4 dorsales cualq.	5%
5 dorsales cualq.	4%	5 dorsales cualq.	7%
6 dorsales cualq.	5%	6 dorsales cualq.	9%
7 dorsales cualq.	5%	7 dorsales cualq.	11%
8 dorsales cualq.	6%	8 dorsales cualq.	13%
9 dorsales cualq.	7%	9 dorsales cualq.	15%
10 dorsales cualq.	8%	10 dorsales cualq.	16%
11 dorsales cualq.	9%	11 dorsales cualq.	18%
12 dorsales cual.	10%	12 dorsales cual.	20%
D12 y L1	3%	D12 y L1	6%
2 lumbares cual.	5%	2 lumbares cual.	10%
3 lumbares cual.	10%	3 lumbares cual.	20%
Lumbares cual.	15%	4 lumbares cual.	30%
5 lumbares cual.	20%	5 lumbares cual.	40%
C1 - C7	20%	C1 - C7	40%
D1 - D12	10%	D1 - D12	20%
L1 - L5	20%	L1 - L5	40%
C1 - D12	28%	C1 - D12	52%
D1 - L5	28%	D1 - L5	52%
C1 - L5	42%	C1 - L5	71%

3. Lesiones Misceláneas de la Columna Vertebral

3.1. Escoliosis

La Escoliosis (desviación lateral del eje medio vertebral) podrá ser evaluada como impedimento configurado si se acompaña de las características siguientes:

a. Estructurada (rotación de cuerpos vertebrales)
b. Compensada (columna en estabilidad)

Por el contrario, el impedimento no estará configurado si la Escoliosis:

a. Es Funcional o Antalgica (sin rotación vertebral)

b. Descompensada (columna inestable)

Ambas condiciones pueden ser tratadas médica o quirúrgicamente. Las radiografías deberán incluir Columna Total en posición de pie en dos planos (AP-L) y su curvatura determinada por método de COBB.

Este método considera como límite superior de la curva a aquellas vértebras cuyo borde superior se encuentra más inclinado hacia el lado de la concavidad y como límite inferior a la vértebra cuyo borde inferior está también más inclinado hacia la concavidad.
Una vez localizadas estas 2 vértebras, se trazan 2 perpendiculares: una, al borde superior de la vértebra superior y otra, al borde inferior de la vértebra inferior. El ángulo de entrecruzamiento de éstas perpendiculares, dará la medida de la curva escoliótica.

ESCOLIOSIS
(MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA)

INCURVACION	DORSAL	DORSOLUMBAR	LUMBAR
- de 20°	9%	17%	6%
20° a 30°	15%	24%	12%
30° a 40°	24%	37%	21%
40° a 50°	30%	43%	27%
+ de 50°	36%	49%	33%

El menoscabo de incurvaciones de varios segmentos se obtiene por suma combinada.

3.2 Dorso Curvo

El impedimento cifótico dorsal se valorará según tabla de Anquilosis en flexión de columna dorsolumbar. Sólo son evaluables deformidades mayores de 40°.

3.3 Fracturas Vertebrales

a. Fractura de una Vértebra

COMPRESION DEL CUERPO DE UNA VERTEBRA	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0% compresión (curada)	0%
25% compresión	5%
50% compresión	10%
+ 50% compresión	20%
Fractura de elementos posteriores	5%
Subluxación	10%

La seudoartrosis de apófisis espinosa determina un 0% de menoscabo global de la persona. Los pedículos, láminas, apófisis articulares y transversas se incluyen bajo la consideración de menoscabo debido a fractura de elementos posteriores de una vértebra.

El menoscabo producido por la compresión del cuerpo vertebral y la fractura de los elementos posteriores se suman aritméticamente.

b. Fractura de dos o más Vértebras

El menoscabo determinado para cada cuerpo vertebral y sus elementos posteriores, se sumarán aritméticamente; y este menoscabo se sumará combinado a la otra u otras vértebras comprometidas.

Ejemplo:

Tres vértebras

	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
PRIMERA VERTEBRA	
0% compresión	0%
Fractura de Elementos Posteriores	5%
	5%
SEGUNDA VERTEBRA	
75% compresión	20%
Fractura apófisis articular	5%
	25%
TERCERA VERTEBRA	
25% compresión	5%
Fractura pedículo	5%
	10%

5 combinado con 25 = 29%
29 combinado con 10 = 36%

MENOSCABO TOTAL 36%

3.4 Hernia del Núcleo pulposo y discopatias

Las hernias del núcleo pulposo diagnosticadas sin tratamiento quirúrgico, salvo contraindicación médica, no configuran impedimento. Esta afección se reconocerá después de 12 meses de tratamiento médico quirúrgico y rehabilitador.

	MENOSCABO GLOBAL
Hernia núcleo pulposo operada sin secuelas	10%
Hernia núcleo pulposo operada con secuelas segmentarias sin evidencia electrofisiológica	20%
Hernia núcleo pulposo operada con secuelas segmentarias y neurológicas motoras	35%
Hernia núcleo pulposo operada, dos intervenciones o más, con secuelas segmentarias y neurológicas motoras	50%

En las Hernias del Núcleo Pulposo de más de un segmento se combinarán los menoscabos de cada una.

3.5 Osteoporosis vertebral generalizada

Se manifesta por dolor, limitación de los movimientos y espasmo muscular paravertebral; debe ser confirmada mediante estudios radiológicos. La asignación del menoscabo se determina en la sección A del sistema músculo esquelético correspondiente a impedimentos reumatológicos.

3.6 Luxaciones - Subluxaciones - Luxofracturas

La valoración del menoscabo por estos impedimentos se evaluará después de un mínimo de 12 meses de tratamiento médico quirúrgico y rehabilitador. Se reconocen:

	Menoscabo Globar
Operadas sin secuelas	10%
Operadas con secuelas segmentarias	20%
Operadas con secuelas segmentarias y neurológicas radiculares	35%
Operadas en dos intervenciones o más con secuelas segmentarias y neurológicas radiculares	50%
Operadas con daño medular definitivo pero autovalente	70%
Operadas con daño medular definitivo, dependiente de terceros (gran invalidez)	90%

3.7 Listesis - Espondilolistésis - Seudoespondilolistésis

La presencia asintomática de estos impedimentos no asigna menoscabo. Si se producen alteraciones funcionales se aplicarán todos los criterios del numeral anterior.

CERVICO BRAQUIALGIAS

- Sin trastornos circulatorios y/o neurológicos leves
- Sin trastornos circulatorios y/o neurológicos moderados
- Con trastornos circulatorios y/o neurológicos leves
- Con trastornos circulatorios y/o neurológicos moderados
- Con trastornos circulatorios y/o neurológicos graves

LUMBALGIAS

- Sin manifestaciones clínicas, ni Rx.
- Con manifestaciones clínicas y Rx.

LUMBOCIATALGIAS

- Sin manifestaciones clínicas, Rx y neurológicas
- Con manifestaciones clínicas, Rx (por ejemplo pinzamiento intervertebral) y neurológicas (Electromiograma y/o Electrodiagnostico (+))

MIEMBROS SUPERIORES

Las extremidades superiores corresponden:

mano - articulación radiocarpiana - codo - hombro

Mano
- 5 dedos
  - pulgar
  - índice
  - medio
  - anular
  - meñique

Dedos
- 3 articulaciones
  - interfalángica distal
  - interfalángica proximal
  - interfalángica metacarpofalángica

ARTICULACION DEL HOMBRO
ELEVACION ANTERIOR Y POSTERIOR

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

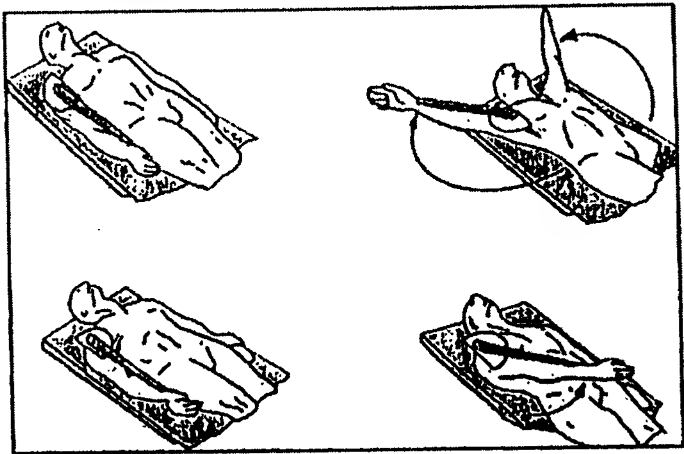
Amplitud media de la elevación hacia adelante y hacia atrás = 190°

Elevación hacia delante desde La posición neutra (0°) hasta	Perdidos	Conservados	Menoscabo global Extremidad Superior	Menoscabo Global de la Persona
0°	150°	0°	16%	10%
10°	140°	10°	15%	9%
20°	130°	20	14%	8%
30°	120°	30°	13%	8%
40°	110°	40°	12%	7%
50°	100°	50°	11%	7%
60°	90°	60°	9%	5%
70°	80°	70°	8%	5%
80°	70°	80°	7%	4%
90°	60°	90°	6%	4%
100°	50°	100°	5%	3%
110°	40°	110°	4%	2%
120°	30°	120°	3%	2%
130°	20°	130°	2%	1%
140°	10°	140°	1%	1%
150°	0%	150°	0%	0%
Elevación hacia atrás desde La posición neutra (0°) hasta				
0°	40°	0°	4%	2%
10°	30°	10°	3%	2%
20°	20°	20°	2%	1%
30°	10°	30°	1%	1%
40°	0°	40°	0%	0%

ARTICULACION DEL HOMBRO
ELEVACION ANTERIOR Y POSTERIOR

ANQUILOSIS

Elevación Anterior Articulación Anquilosada en	Menoscabo de la Extremidad Superior	Menoscabo global de la Persona
0° (posición neutra)	60%	36%
10°	53%	32%
20°	47%	28%
30°	40%	24%
40°	45%	27%
50°	50%	30%
60°	55%	33%
70°	60%	36%
80°	65%	39%
90°	70%	42%
100°	75%	45%
110°	80%	48%
120°	85%	51%
130°	90%	54%
140°	95%	57%
150° (elevación hacia delante completa)	100%	60%
Elevación Posterior Articulación Anquilosada en:		
0° (posición neutral)	60%	36%
10°	70°	42%
20°	80%	48%
30°	90%	54%
40° (elevación completa hacia atrás)	100%	60%



ARTICULACION DEL HOMBRO ABDUCCION Y ADDUCCION

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

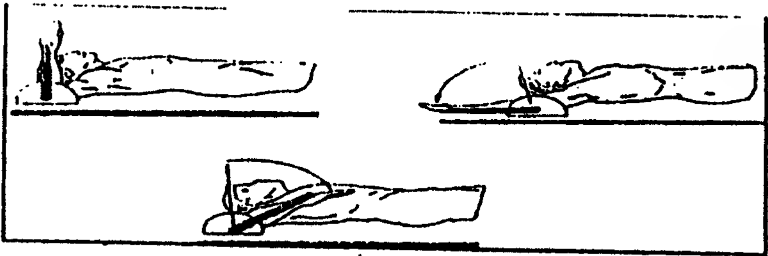
Amplitud media de ABDUCCION - ADDUCCION = 180°

Abducción desde la Posición Neutra (0°) hasta	Perdidos	Conservados	Menoscabo de la Extremidad Superior	Menoscabo global de la Persona
0°	150°	0°	17%	10%
10°	140°	10°	16%	10%
20°	130°	20°	14%	8%
30°	120°	30°	13%	8%
40°	110°	40°	12%	7%
50°	100°	50°	11%	7%
60°	90°	60°	10%	6%
70°	80°	70°	9%	5%
80°	70°	80°	8%	5%
90°	60°	90°	7%	4%
100°	50°	100°	6%	4%
110°	40°	110°	4%	2%
120°	30°	120°	3%	2%
130°	20°	130°	2%	1%
140°	10°	140°	1%	1%
150°	0%	150°	0%	0%
Aducción desde la posición neutra (0°) hasta				
0°	30°	0°	3%	2%
10°	20°	10°	2%	1%
20°	10°	20°	1%	1%
30°	0°	30°	0%	0%

ARTICULACION DEL HOMBRO ABDUCCION Y ADDUCCION

ANQUILOSIS

ANQUILOSADA EN:	MENOSCABO EXTREMIDAD	MENOSCABO GLOBAL
0°	60%	36%
10°	56%	34%
20°	51%	31%
30°	47%	28%
40°	42%	25%
45°	40%	24%
50°	43%	26%
60°	49%	29%
70°	54%	32%
80°	60%	36%
90°	66%	40%
100°	71%	42%
110°	77%	46%
120°	83%	50%
130°	89%	53%
140°	94%	56%
150° (abducción máxima)	100%	60%
0°	60%	36%
10°	73%	44%
20°	87%	52%
30°(adducción máxima)	100%	60%



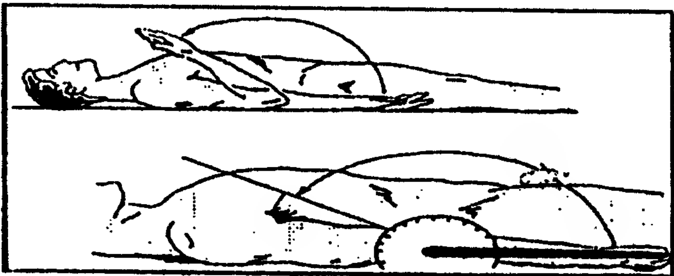
ARTICULACION DEL HOMBRO
ROTACION INTERNA Y EXTERNA

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de Rotación = 130 grados

ROTACION INTERNA DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º	40º	0º	6%	4%
10º	30º	10º	5%	3%
20º	20º	20º	3%	2%
30º	10º	30º	2%	1%
40º	0º	40º	0%	0%
ROTACION EXTERNA DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA				
0º	90º	0º	14%	8%
10º	80º	10º	12%	7%
20º	70º	20º	11%	7%
30º	60º	30º	9%	5%
40º	50º	40º	8%	5%
50º	40º	50º	6%	4%
60º	30º	60º	5%	3%
70º	20º	70º	3%	2%
80º	10º	80º	2%	1%
90º	0º	90º	0%	0%
ANQUILOSIS				
ARTICULACION ANQUILOSADA EN:				
0º (POSICION NEUTRA)			60%	36%
10º			70%	42%
20%			80%	48%
30º			90%	54%
40º (ROTACION INTERNA COMPLETA)			100%	60%
0º (POSICION NEUTRA)			60%	36%
10º			50%	30%
20º			40%	24%
30º			49%	29%
40º			57%	34%
50º			66%	40%
60º			74%	44%
70º			83%	50%
80º			91%	55%
90º (ROTACION EXTERNA COMPLETA)			100%	60%

2. Articulación del Codo



CARILLA Nº 58

ARTICULACION DEL CODO
FLEXION Y EXTENSION

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Flexión - Extensión = 150°

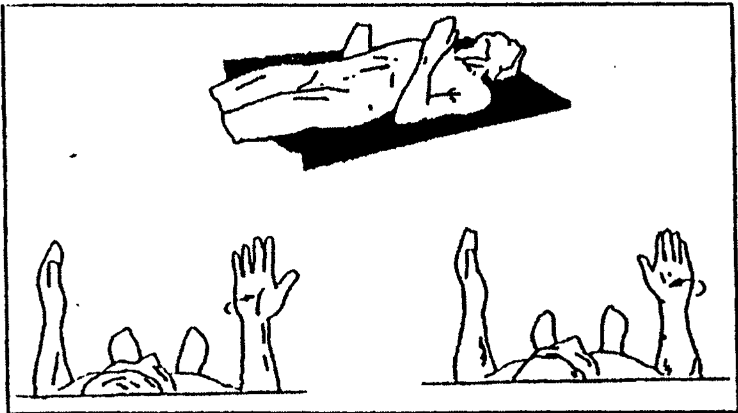
FLEXION ACTIVA	MENOSCABO EXTREMIDAD	MENOSCABO GLOBAL
0°	39%	23%
10°	36%	22%
20°	34%	20%
30°	31%	19%
40°	29%	17%
50°	26%	16%
60°	23%	14%
70°	21%	13%
80°	18%	11%
90°	16%	10%
100°	13%	8%
110°	10%	6%
120°	8%	5%
130°	5%	3%
140°	3%	2%
150°	0%	0%

EXTENSION HASTA:

0° (POSICION NEUTRAL)	0%	0%
10°	2%	1%
20°	4%	2%
30°	6%	4%
40°	8%	5%
50°	10%	6%
60°	12%	7%
70°	14%	8%
80°	16%	10%
90°	18%	11%
100°	20%	12%
110°	22%	13%
120°	24%	14%
130°	26%	16%
140°	28%	17%
150°	30%	18%

ANQUILOSIS

ARTICULACION ANQUILOSADA EN:	MENOSCABO DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR	MENOSCABO GLOBAL
0°	65%	39%
10°	64%	38%
20°	62%	37%
30°	61%	37%
40°	59%	35%
50°	58%	35%
60°	56%	34%
70°	55%	33%
80°	53%	32%
90°	52%	31%
100°	50%	30%
110°	59%	35%
120°	68%	41%
130°	77%	46%
140°	86%	52%
150°(Flexión completa)	95%	57%



ARTICULACION DEL CODO
FLEXION Y EXTENSION - PRONACION Y SUPINACION

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de rotación = 160 grados

SUPINACION O PRONACION DESDE LA POSICION NEUTRA (0°) HASTA	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0°	80°	0°	13%	8%
10°	70°	10°	11%	7%
20°	60°	20°	10%	6%
30°	50°	30°	8%	5%
40°	40°	40°	7%	4%
50°	30°	50°	5%	3%
60°	20°	60°	3%	2%
70°	10°	70°	2%	1%
80°	0°	80°	0%	0%

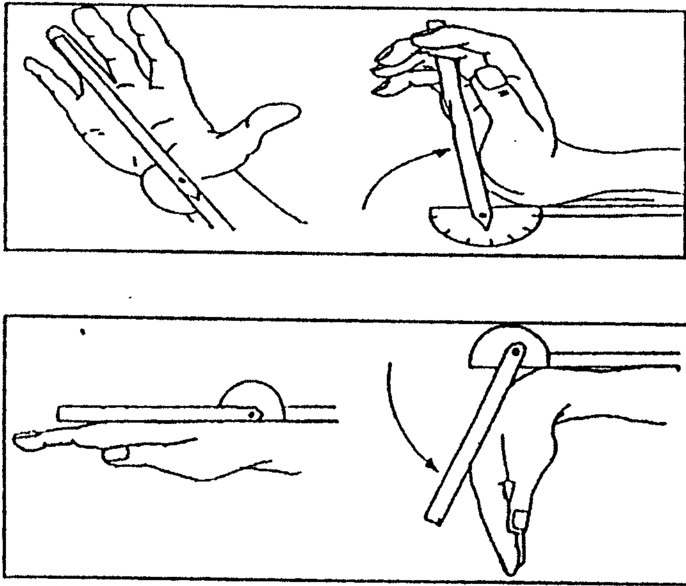
ANQUILOSIS:

Articulación anquilosado en:

0° (POSICION NEUTRA)	65%	39%
10°	69%	41%

20º	73%	44%
30º	76%	46%
40º	80%	48%
50º	84%	50%
60º	88%	53%
70º	91%	55%
80º (SUPINACION O PRONACION COMPLETA)	95%	57%

3. Articulación de la Muñeca



ARTICULACION DE LA MUÑECA
FLEXION DORSO - PALMAR

Amplitud Media de la Flexión Dorso - Palmar = 130 grados

FLEXION - DORSAL

Movimiento restringido:

FLEXION DORSAL DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA:	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º	60º	0º	10%	6%
10º	50º	10º	5%	5%
20º	40º	20º	6%	4%
30º	30º	30º	5%	3%
40º	20º	40º	3%	2%
50º	10º	50º	2%	1%
60º	0º	60º	0%	0%

ANQUILOSIS

ARTICULACION ANQUILOSADA EN:

0º (POSICION NEUTRA)	30%	18%
10º	28%	17%
20º	27%	16%
30º	25%	15%
40º	47%	23%
50º	68%	41%
60º (FLEXION DORSAL COMPLETA)	90%	54%

FLEXION - PALMAR

Movimiento restringido:

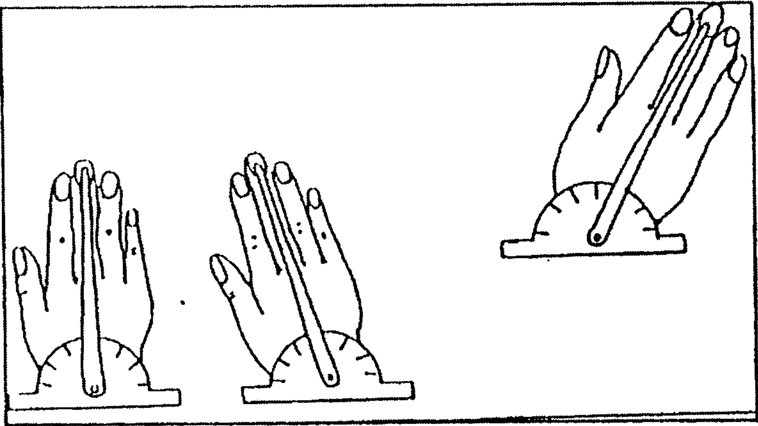
FLEXION PALMAR DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA:	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º	70º	0º	11%	7%
10º	60º	10º	10%	6%
20º	50º	20º	8%	5%
30º	40º	30º	6%	4%
40º	30º	40º	5%	3%

50º	20º	50º	3%	2%
60º	10º	60º	2%	1%
70º	0º	70º	0%	0%

ANQUILOSIS:

Articulación anquilosada en:

0º (POSICION NEUTRA)	30%	18%
10º	39%	23%
20º	47%	28%
30º	56%	34%
40º	64%	38%
50º	73%	44%
60º	81%	49%
70º (FLEXION PALMAR COMPLETA)	90%	54%



ARTICULACION DE LA MUÑECA
RADIALIZACION Y CUBITALIZACION

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Desviación Radial - Cubital = 50 grados

DESVIACION RADIAL DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA:	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º	20º	0º	4%	2%
10º	10º	10º	2%	1%
20º	0º	20º	0%	0%
DESVIACION CUBITAL DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA:				
0º	30º	0º	5%	3%
10º	20º	10º	4%	2%
20º	10º	20º	2%	1%
30º	0º	30º	0%	0%

ANQUILOSIS

ARTICULACION ANQUILOSADA EN:

0º (POSICION NEUTRA)	30%	18%
10º	60%	36%
20º (DESVIACION RADIAL COMPLETA)	90%	54%

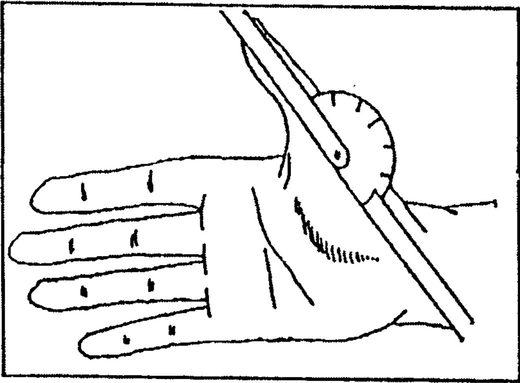
ARTICULACION ANQUILOSADA EN:

0º (POSICION NEUTRA)	30%	18%
10º	50%	30%
20º	70%	42%
30º (DESVIACION CUBITAL COMPLETA)	90%	54%

4. Articulaciones de los Dedos

El impedimento debido a alteraciones en el movimiento de los dedos de la mano debe relacionarse con el menoscabo referido a la mano y ésta en relación a la extremidad superior que a su vez debe ser referida a la persona global.

A. Articulación interfalángica del pulgar



ARTICULACION INTERFALANGICA DEL PULGAR

Amplitud Media de la flexión - extensión = 80 grados

Movimiento restringido:

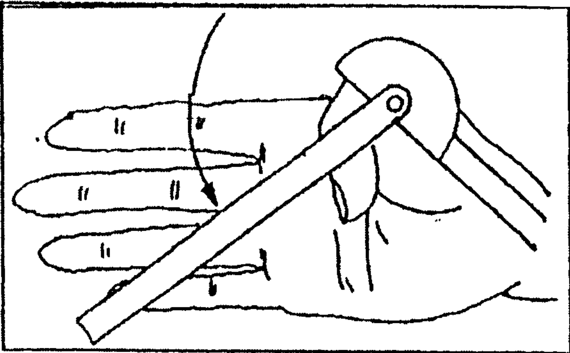
MOVILIDAD	PERDIDA	MEŃOSCABO PULGAR	MENOSCABO DE LA MANO	MENOSCABO EXTREMIDAD SUPERIOR	MENOSCABO GLOBAL
80º	0º	0%	0%	0%	0º
60º	20º	11%	4%	4%	2%
40º	40º	23%	8%	7%	5%
20º	60º	34%	13%	12%	7%
0º	80º	45%	8%	16%	10%

ANQUILOSIS:

ANQUILOSADA EN:

80º (FLEXION COMPLETA)	75%	30%	27%	16%
60º	55%	22%	20%	12%
40º	35%	14%	13%	8%
20º	40%	16%	14%	8%
0º (POSICION NEUTRAL)	45%	18%	16%	10%

B. Articulación Metacarpofalángica del Pulgar



ARTICULACION METACARPOFALANGICA DEL PULGAR

Amplitud Media de la flexión - extensión = 60 grados

Movimiento restringido:

MOVILIDAD	PERDIDA	MENOSCABO DEDO	MENOSCABO DE LA MANO	MENOSCABO EXTREMIDAD SUPERIOR	MENOSCABO GLOBAL
60º	0º	0%	0%	0%	0%
40º	20º	18%	7%	6%	4%
20º	40º	37%	15%	14%	8%
0º	60º	55%	22%	20%	12%

ANQUILOSIS:

ANQUILOSADA EN:

60º (FLEXION COMPLETA)	80%	32%	29%	17%
40º	61%	24%	22%	13%

20º	43%	17%	15%	9%
0º (POSICION NEUTRA)	55%	22%	20%	12%

C. Articulación Carpometacarpiana del Pulgar

ARTICULACION CARPOMETACARPIANA DEL PULGAR

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de Flexión - Extensión = 45 grados

FLEXION DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA:	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO DEL PLUGAR	MENOSCABO DE LA MANO	MENOSCABO EXTREMIDAD SUPERIOR	MENOSCABO GLOBAL
0º	15º	0º	15%	6%	5%	3%
10º	10º	10º	5%	2%	2%	1%
15º	0º	15º	0%	0%	0%	0%
EXTENSION DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA:						
0º	30º	0º	15%	6%	5%	3%
10º	20º	10º	10%	4%	4%	2%
20º	10º	20º	5%	2%	2%	1%
30º	0º	30º	0%	0%	0%	0%

ANQUILOSIS.

ARTICULACION ANQUILOSADA EN:

0º (POSICION NEUTRAL)	30%	12%	11%	7%
10º	55%	22%	20%	12%
15º(FLEXION COMPLETA)	80%	31%	28%	17%
0º (POSICION NEUTRAL)	30%	12%	11%	7%
10º	47%	19%	17%	10%
20º	63%	25%	23%	14%
30º (EXTENSION COMPLETA)	80%	31%	28%	17%

MENOSCABO DE LA MANO EN RELACION AL DEDO PULGAR

PULGAR	MANO	PULGAR	MANO	PULGAR	MANO	PULGAR	MANO
0%-1%=	0%	24%-26%=	10%	49%-51%=	20%	74%-76%=	30%
2%-3%=	1%	27%-28%=	11%	52%-53%=	21%	77%-78%=	31%
4%-6%=	2%	29%-31%=	12%	54%-56%=	22%	79%-81%=	32%
7%-8%=	3%	32%-33%=	13%	57%-58%=	23%	82%-83%=	33%
9%-11%=	4%	34%-36%=	14%	59%-61%=	24%	84%-86%=	34%
12%-13%=	5%	37%-38%=	15%	62%-63%=	25%	87%-88%=	35%
14%-16%=	6%	39%-41%=	16%	64%-66%=	26%	89%-91%=	36%
17%-18%=	7%	42%-43%=	17%	67%-68%=	27%	92%-93%=	37%
19%-21%=	8%	44%-46%=	18%	69%-71%=	28%	94%-96%=	38%
22%-23%=	9%	47%-48%=	19%	72%-73%=	29%	97%-98%=	39%
						99%-100%=	40%

D.Articulaciones De Otros Dedos

ARTICULACION METACARPOFALANGICA DE LOS DEDOS EXCEPTO EL PULGAR

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Flexión - Extensión = 90 grados

FLEXION DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA:	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO DEDO	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º	90º	0º	55%	8%
10º	80º	10º	49%	7%
20º	70º	20º	43%	6%
30º	60º	30º	37%	5%
40º	50º	40º	31%	4%
50º	40º	50º	24%	3%
60º	30º	60º	18%	3%
70º	20º	70º	12%	2%
80º	10º	80º	6%	1%
90º	0º	90º	0%	0%

ANQUILOSIS;
ARTICULACION ANQUILOSADA EN:

	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º (POSICION NEUTRAL)	8%
10º	8%
20º	7%
30º	6%
40º	8%
50º	8%
60º	10%
70º	11%
80º	13%
90º (FLEXION COMPLETA)	14%

ARTICULACION INTERFALANGICA PROXIMAL DE DEDOS EXCEPTO EL PULGAR

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Flexión - Extensión = 100 grados

FLEXION DESDE LA POSICION NEUTRA HASTA	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO DEDO	MENOSCABO DE LA PERSONA
0º	100º	0º	60%	8%
10º	90º	10º	54%	8%
20º	80º	20º	48%	7%
30º	70º	30º	42%	6%
40º	60º	40º	36%	5%
50º	50º	50º	30%	4%
60º	40º	60º	24%	3%
70º	30º	70º	18%	3%
80º	20º	80º	12%	2%
90º	10º	90º	6%	1%
100º	0º	100º	0%	0%

ANQUILOSIS;

ARTICULACION ANQUILOSADA EN:	MENOSCABO DEDO	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º (POSICION NEUTRAL)	60%	8%
10º	58%	8%
20º	55%	8%
30º	53%	8%
40º	50%	7%
50º	55%	8%
60º	60%	8%
70º	65%	8%
80º	70%	10%
90º	75%	10%
100º(FLEXION COMPLETA)	80%	11%

ARTICULACION INTERFALANGICA DISTAL DE LOS DEDOS EXCEPTO EL PULGAR

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Flexión - Extensión = 70 grados

FLEXION DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO DEDO	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º	70º	0º	45%	6%
10º	60º	10º	38%	5%
20º	50º	20º	32%	4%
30º	40º	30º	26%	4%
40º	30º	40º	19%	3%
50º	20º	50º	13%	2%
60º	10º	60º	6%	1%
70º	0º	70º	0%	0%

ANQUILOSIS

ARTICULACION ANQUILOSADA EN:

0º	45%	6%
10º	41%	5%
20º	38%	5%
30º	34%	5%
40º	30%	4%
50º	35%	5%
60º	40%	5%
70º	45%	6%

MENOSCABO DE LA MANO POR ANQUILOSIS MULTIPLES DE DEDOS

Todas las articulaciones: Anquilosis en:

	EXTENSION COMPLETA	POSICION FUNCIONAL	FLEXION COMPLETA
PULGAR	30%	25%	38%
PULGAR INDICE	53%	45%	63%
PULGAR, INDICE Y MEDIANO	71%	61%	83%
PULGAR, INDICE Y ANULAR	62%	53%	73%
PULGAR, INDICE Y MEÑIQUE	58%	49%	68%
PULGAR, INDICE, MEDIANO Y ANULAR	80%	69%	93%
PULGAR, INDICE, MEDIANO Y MEÑIQUE	76%	65%	88%
PULGAR, INDICE, ANULAR Y MEÑIQUE	67%	57%	78%
PULGAR, INDICE,MEDIANO, ANULAR, Y MEÑIQUE	85%	73%	98%
PULGAR Y MEDIANO	48%	41%	58%
PULGAR, MEDIANO Y ANULAR	57%	49%	68%
PULGAR, MEDIANO Y MEÑIQUE	53%	45%	63%
PULGAR, MEDIANO, ANULAR Y MEÑIQUE	62%	53%	73%
PULGAR Y ANULAR	39%	33%	48%
PULGAR, ANULAR Y MEÑIQUE	44%	37%	53%
PULGAR Y MEÑIQUE	35%	29%	43%
INDICE	23%	20%	25%
INDICE Y MEDIANO	41%	36%	45%
INDICE, MEDIANO Y ANULAR	50%	44%	55%
INDICE, MEDIANO Y MEÑIQUE	46%	40%	50%
INDICE, MEDIANO, ANULAR Y MEÑIQUE	55%	48%	60%
INDICE Y ANULAR	32%	28%	35%
INDICE, ANULAR Y MEÑIQUE	37%	32%	40%
INDICE Y MEÑIQUE	28%	24%	30%
MEDIANO	18%	16%	20%
MEDIANO Y ANULAR	27%	24%	30%
MEDIANO, ANULAR Y MEÑIQUE	32%	28%	35%
MEDIANO Y MEÑIQUE	23%	20%	25%
ANULAR	9%	8%	10%
ANULAR Y MEÑIQUE	14%	12%	5%
MEÑIQUE	5%	4%	5%

MENOSCABO DE LA MANO EN RELACION A LOS DEDOS

MENOSCABO			MENOSCABO		
DEDO INDICE		MANO	DEDO MEDIANO		MANO
0% - 1%	=	0%	0% - 2%	=	0%
2% - 5%	=	1%	3% - 7%	=	1%
6% - 9%	=	2%	8% - 12%	=	2%
10% - 13%	=	3%	13% - 17%	=	3%
14% - 17%	=	4%	18% - 22%	=	4%
18% - 21%	=	5%	23% - 27%	=	5%
22% - 25%	=	6%	28% - 32%	=	6%
26% - 29%	=	7%	33% - 37%	=	7%
30% - 33%	=	8%	38% - 42%	=	8%
34% - 37%	=	9%	43% - 47%	=	9%
38% - 41%	=	10%	48% - 52%	=	10%
42% - 45%	=	11%	53% - 57%	=	11%
46% - 49%	=	12%	58% - 62%	=	12%
50% - 53%	=	13%	63% - 67%	=	13%
54% - 57%	=	14%	68% - 72%	=	14%
58% - 61%	=	15%	73% - 77%	=	15%
62% - 65%	=	16%	78% - 82%	=	16%
66% - 69%	=	17%	83% - 87%	=	17%
70% - 73%	=	18%	88% - 92%	=	18%
74% - 77%	=	19%	93% - 97%	=	19%
78% - 81%	=	20%	97% - 100%	=	20%
82% - 85%	=	21%			

86% - 89%	=	22%
90% - 93%	=	23%
94% - 97%	=	24%
98% - 100%	=	25%

DEDO MEÑIQUE

0% - 9%	=	0%
10% - 29%	=	1%
30% - 49%	=	2%
50% - 69%	=	3%
70% - 89%	=	4%
90% - 100%	=	5%

DEDO ANULAR

0% - 4%	=	0%
5% - 14%	=	1%
15 - 24%	=	2%
25% - 34%	=	3%
35% - 44%	=	4%
45% - 54%	=	5%
55% - 64%	=	6%
65% - 74%	=	7%
75%- 84%	=	8%
85% - 94%	=	9%
95% - 100%	=	10%

MENOSCABO EXTREMIDAD SUPERIOR EN RELACION A LA MANO

MANO	MENOSCABO EXTREMIDAD SUPERIOR	MANO	MENOSCABO EXTREMIDAD SUPERIOR	MANO	MENOSCABO EXTREMIDAD
0%	0%	35%=	32%	70%=	63%
1%	1%	36%=	32%	71%=	64%
2%	2%	37%=	33%	72%=	65%
3%	3%	38%=	34%	73%=	66%
4%	4%	39%=	35%	74%=	67%
5%	5%	40%=	36%	75%=	68%
6%	5%	41%=	37%	76%=	68%
7%	6%	42%=	38%	77%=	69%
8%	7%	43%=	39%	78%=	70%
9%	8%	44%=	40%	79%=	71%
10%	9%	45%=	41%	80%=	72%
11%	10%	46%=	41%	81%=	73%
12%	11%	47%=	42%	82%=	74%
13%	12%	48%=	43%	83%=	75%
14%	13%	49%=	44%	84%=	76%
15%	14%	50%=	45%	85%=	77%
16%	14%	51%=	46%	86%=	77%
17%	15%	52%=	47%	87%=	78%
18%	16%	53%=	48%	88%=	79%
19%	17%	54%=	49%	89%=	80%
20%	18%	55%=	50%	90%=	81%
21%	19%	56%=	50%	91%=	82%
22%	20%	57%=	51%	92%=	83%
23%	21%	58%=	52%	93%=	84%
24%	22%	59%=	53%	94%=	85%
25%	23%	60%=	54%	95%=	86%
26%	23%	61%=	55%	96%=	86%
27%	24%	62%=	56%	97%=	87%
28%	25%	63%=	57%	98%=	88%
29%	26%	64%=	58%	99%=	89%
30%	27%	65%=	59%	100%=	90%
31%	28%	66%=	59%		
32%	29%	67%=	60%		
33%	30%	68%=	61%		
34%	31%	69%=	62%		

MENOSCABO DE LA PERSONA GLOBAL EN RELACION A LA EXTREMIDAD SUPERIOR

EXTREMIDAD SUPERIOR		PERSONA GLOBAL	EXTREMIDAD SUPERIOR		PERSONA GLOBAL	EXTREMIDAD SUPERIOR		PERSONA GLOBAL
0%	=	0%	35%	=	21%	70%	=	42%
1%	=	1%	36%	=	22%	71%	=	43%
2%	=	1%	37%	=	22%	72%	=	43%
3%	=	2%	38%	=	23%	73%	=	44%
4%	=	2%	39%	=	23%	74%	=	44%
5%	=	3%	40%	=	24%	75%	=	45%
6%	=	4%	41%	=	25%	76%	=	46%
7%	=	4%	42%	=	25%	77%	=	46%
8%	=	5%	43%	=	26%	78%	=	47%
9%	=	5%	44%	=	26%	79%	=	47%
10%	=	6%	45%	=	27%	80%	=	48%
11%	=	7%	46%	=	28%	81%	=	49%
12%	=	7%	47%	=	28%	82%	=	49%
13%	=	8%	48%	=	29%	83%	=	50%
14%	=	8%	49%	=	29%	84%	=	50%

15%	=	9%	50%	=	30%	85%	=	51%
16%	=	10%	51%	=	31%	86%	=	52%
17%	=	10%	52%	=	31%	87%	=	52%
18%	=	11%	53%	=	32%	88%	=	53%
19%	=	11%	54%	=	32%	89%	=	53%
20%	=	12%	55%	=	33%	90%	=	54%
21%	=	13%	56%	=	34%	91%	=	55%
22%	=	13%	57%	=	34%	92%	=	55%
23%	=	14%	58%	=	35%	93%	=	56%
24%	=	14%	59%	=	35%	94%	=	56%
25%	=	15%	60%	=	36%	95%	=	57%
26%	=	16%	61%	=	37%	96%	=	58%
27%	=	16%	62%	=	37%	97%	=	58%
28%	=	17%	63%	=	38%	98%	=	59%
29%	=	17%	64%	=	38%	99%	=	59%
30%	=	18%	65%	=	39%	100%	=	60%
31%	=	19%	66%	=	40%			
32%	=	19%	67%	=	40%			
33%	=	20%	68%	=	41%			
34%	=	20%	69%	=	41%			

RESUMEN DE MENOSCABOS

DEDOS, MANO, EXTREMIDAD SUPERIOR, PERSONA

100% MENOSCABO DE	MENOSCABO MANO	MENOSCABO EXTREMIDAD SUPERIOR	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
Pulgar	40%	36%	22%
Indice	25%	23%	14%
Medio	20%	18%	11%
Anular	10%	9%	5%
Meñique	5%	5%	3%
Mano		90%	54%
Extremidad Superior			60%

MIEMBROS INFERIORES

Las extremidades inferiores se dividen en:

- Pie - Art. Tibio-Tarsiana - Rodilla - Cadera

El pie tiene cinco dedos

- Dedo mayor
  Dos articulaciones
  - Interfalángica
  - Metatarsofalángica

- Los cuatro dedos restantes
  Tres articulaciones
  - Interfalángica distal
  - Interfalángica proximal
  - Metatarso falángico

La valoración de la funcionalidad igual que para miembros superiores.

ARTICULACION COXO FEMORAL - FLEXION Y EXTENSION

Amplitud media de la Flexión - Extensión - 130 grados

FLEXION:
Movimiento restringido:

Flexion Hacia Delante Desde La Posición Neutra (0°) Hasta:	Perdidos	Conservados	Menoscabo de la extremidad inferior	Menoscabo global De la persona
0°	100°	0°	18%	7%
10°	90°	10°	16%	7%
20°	80°	20°	14%	6%
30°	70°	30°	12%	5%
40°	60°	40°	11%	4%
50°	50°	50°	9%	4%
60°	40°	60°	7%	3%
70°	30°	70°	5%	3%
80°	20°	80°	4%	2%
90°	10°	90°	2%	1%
100°	0°	100°	0%	0%

ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:

0º (posición neutra)	**70%**	**28%**
10º	**62%**	**25%**
20º	**54%**	**22%**
25º	**50%**	**20%**
30º	**53%**	**21%**
40º	**60%**	**24%**
50º	**67%**	**27%**
60º	**73%**	**29%**
70º	**80%**	**32%**
80º	**87%**	**35%**
90º	**93%**	**37%**
100º (flexión hacia adelante completa)	**100%**	**40%**

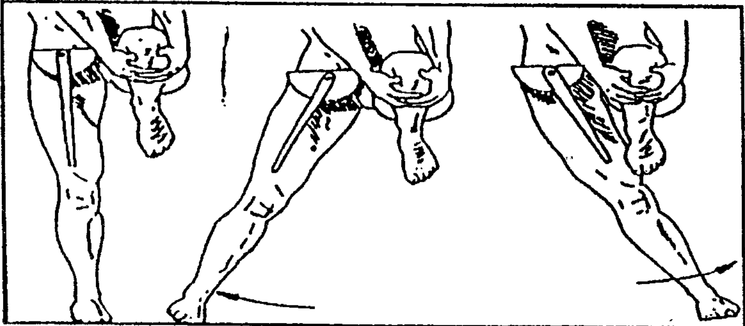
EXTENSION
Movimiento restringido

Extensión hacia atrás desde la posición neutra (0º) hasta:	Perdidos	Conservados	Menoscabo de la extremidad inferior	Menoscabo global de la persona
0º	30º	0º	5%	2%
10º	20º	10º	4%	2%
20º	10º	20º	2%	1%
30º	0º	30º	0%	0%

ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:

0º (posición neutra)	70%	28%
10º	80%	32%
30º (extensión completa hacia atrás)	100%	40%



ARTICULACION COXO FEMORAL - ABDUCCION Y ADDUCCION
MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Abducción - Adducción = 60 grados

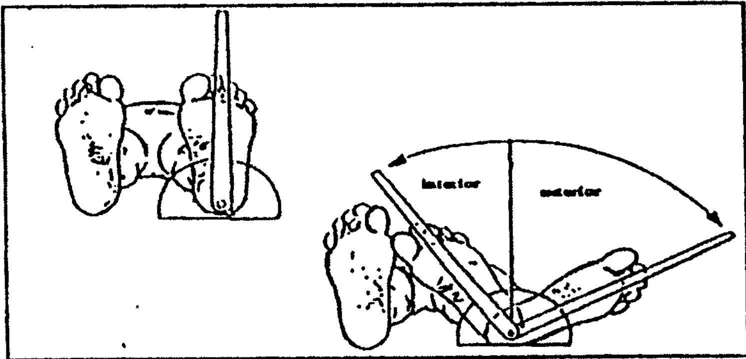
Abducción desde la posición neutra (0º) hasta:	Perdidos	Conservados	Menoscabo de la extremidad inferior	Menoscabo global de la persona
0º	40º	0º	16%	6%
10º	30º	10º	12%	5%
20º	20º	20º	8%	3%
30º	10º	30º	4%	2%
40º	0º	40º	0%	0%
Adducción desde la posición neutra (0º) hasta:				
0º	20º	0º	8%	3%
10º	10º	10º	4%	2%
20º	0º	20º	0%	0%

ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:

0º (posición neutra)	**70%**	**28%**
10º	**78%**	**31%**
20º	**85%**	**34%**

30º	93%	37%
40º(Abducción completa)	100%	40%
0º (posición neutra)	70%	28%
10º	85%	34%
20º (adducción completa)	100%	40%



ARTICULACION DE LA CADERA MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Rotación.= 90 grados

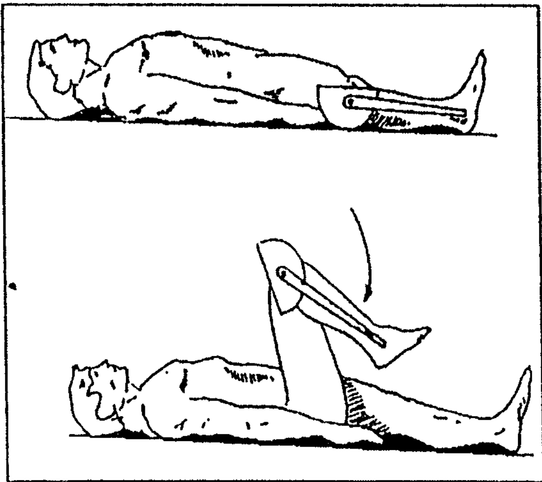
Abducción desde la posición neutra (0º) hasta:	Perdidos	Conservados	Menoscabo de la extremidad inferior	Menoscabo global de la persona
0º	40º	0º	10%	4%
10º	30º	10º	8%	3%
20º	20º	20º	5%	2%
30º	10º	30º	3%	1%
40º	0º	40º	0%	0%
Rotación desde la posición neutra (0º) hasta:				
0º	50º	0º	13%	5%
10º	40º	10º	10%	4%
20º	30º	20º	8%	3%
30º	20º	30º	5%	2%
40º	10º	40º	3%	1%
50º	0º	50º	0%	0%

ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:

0º (posición neutra)	70%	28%
10º	70%	31%
20º	85%	34%
30º	93%	37%
40º (rotación interna completa)	100%	40%
0º (posición neutra)	70%	28%
10º	76%	30%
20º	82%	33%
30º	88%	35%
40º	94%	38%
50º (rotación externa completa)	100%	40%

2. Articulación de la Rodilla



ARTICULACION DE LA RODILLA FLEXION - EXTENSION

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Flexión - Extensión = 150 grados

Flexión activa de	Menoscabo de la Extremidad Inferior	Menoscabo Global
0º	53%	21%
10º	49%	20%
20º	46%	18%
30º	42%	17%
40º	39%	16%
50º	35%	14%
60º	32%	13%
70º	28%	11%
80º	25%	10%
90º	21%	8%
100º	18%	7%
110º	14%	6%

120º	11%	4%
130º	7%	13%
140º	4%	2%
150º	0%	0%

Extensión hasta

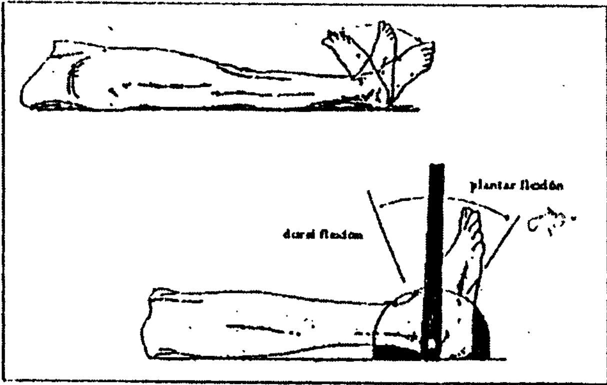
0º (posición neutral)	0%	0%
10º	1%	0%
20º	7%	3%
30º	17%	7%
40º	27%	11%
50º a 150º	90%	36%

ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:

0º (posición neutral)	53%	21%
10º	50%	20%
20º	60%	24%
30º	70%	28%
40º	80%	32%
50º a 150º (flexión completa)	90%	36%

4. Articulación tibiotarsiana

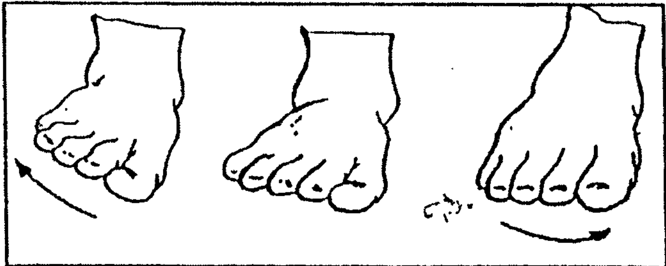


ARTICULACION TIBIOTARSIANA. FLEXION DORSO-PLANTAR MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Flexión Dorso-Plantar = 60 grados

Flexión dorsal desde la posición neutra (0º) hasta:	Perdidos	Conservados	Menoscabo de la Extremidad Inferior	Menoscabo Global de la Persona
0º	20º	0º	7%	3%
10º	10º	10º	4%	2%
20º	0º	20º	0%	0%
Flexión desde la posición neutra (0º) hasta:				
0º	40º	0º	14%	6%
10º	30º	10º	11%	4%
20º	20º	20º	7%	3%
30º	10º	30º	4%	2%
40º	0º	40º	0%	0%
ANQUILOSIS:				
Articulación anquilosada en				
0º (posición neutra)			30º	12º
10º			50%	20%
20º (flexión dorsal completa)			70%	28%
0º (posición neutra)			30%	12%
10º			40%	16%
20º			50%	20%
30º			60%	24%
40º (flexión plantar completa)			70%	28%

4. Articulaciones del Pie



ARTICULACIONES DEL PIE - INVERSION Y EVERSION

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Inversión - Eversión = 50 grados

Inversión desde la posición neutra (0°) hasta:	Perdidos	Conservados	Menoscabo de la Extremidad Inferior	Menoscabo Global de la persona
0°	30°	0°	5%	2%
10°	20°	10°	4%	2%
20°	10°	20°	2%	1%
30°	0°	30°	0%	0%
Eversión desde la posición neutra (0°) hasta:				
0°	20°	0°	4%	2%
10°	10°	10°	2%	1%
20°	0°	20°	0%	0%
ANQUILOSIS				
Articulación anquilosada en:				
0° (posición neutra)			30°	12°
10°			43%	17%
20°			57%	23%
30° (inversión completa)			70%	28%
0° (posición neutra)			30%	12%
10°			50%	20%
20° (eversión completa)			70%	28%

5. Restricción de los Movimientos Articulares de los dedos de los Pies

ARTICULACION INTERFALANGICA DISTAL DEL SEGUNDO AL QUINTO DEDO DEL PIE

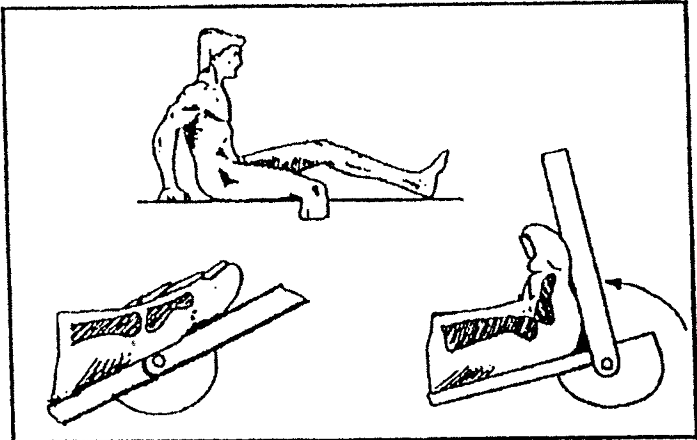
MOVIMIENTO RESTRINGIDO: Carece de valor funcional

	Menoscabo de los dedos	Menoscabo del pie	Menoscabo extremidad Inferior	Menoscabo global de la persona
ANQUILOSIS				
Articulación anquilosada en:				
Flexión dorsal	45%	1%	1%	0%
Posición neutral	30%	1%	1%	0%
Flexión plantar (dedo en martillo)	45%	1%	1%	0%

ARTICULACION INTERFALANGICA PROXIMAL DEL SEGUNDO AL QUINTO DEDO DEL PIE

MOVIMIENTO RESTRINGIDO: Carece de valor funcional

	Menoscabo de los dedos	Menoscabo del pie	Menoscabo extremidad inferior	Menoscabo global de la persona
ANQUILOSIS				
Articulación anquilosada en:				
Flexión dorsal	80%	2%	1%	0%
Posición neutral	45%	1%	1%	0%
Flexión plantar	80%	2%	1%	0%



ARTICULACION INTERFALANGICA DEL DEDO MAYOR DEL PIE FLEXION Y EXTENSION

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Flexión - Extensión = 30 grados

Flexión desde la posición neutra (0°) hasta:	Perdidos	Conservados dedo mayor	Menoscabo del pie	Menoscabo extremidad	Menoscabo inferior	Menoscabo global
0°	30°	0°	45%	8%	6%	2%
10°	20°	10°	30%	5%	4%	2%
20°	10°	20°	15%	3%	2%	1%
30°	0°	30°	0%	0%	0%	0%

ANQUILOSIS:

Articulación anquilosada en:

0° (posición neutra)	45%	8%	6%	2%
10°	55%	10%	7%	3%
20°	65%	12%	8%	3%
30° (flexión completa)	75%	14%	10%	4%

ARTICULACION METATARSOFALANGICA DEL DEDO MAYOR DEL PIE FLEXION DORSAL Y PLANTAR

A. FLEXION DORSAL

Movimiento restringido:

Amplitud Media de la Flexión Dorsal = 50 grados

Valor del arco de movimiento completo = 100%

Flexión dorsal desde la posición neutra (0°) hasta:	Perdidos	Conservados	Menoscabo del dedo Mayor	Menoscabo del pie	Menoscabo Extremidad Inferior	Menoscabo global
0°	50°	0°	34%	6%	4%	2%
10°	40°	10°	28%	5%	4%	2%
20°	30°	20°	21%	4%	3%	1%
30°	20°	30°	14%	3%	2%	1%
40°	10°	40°	7%	1%	1%	0%
50°	0°	50°	0%	0%	0%	0%

ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:

0° (posición neutra)	55%	10%	7%	3%
10°	64%	12%	8%	3%
20°	73%	13%	9%	4%
30°	82%	15%	11%	4%
40°	91%	17%	12%	5%
50° (Flexion dorsal completa)	100%	18%	13%	5%

B. FLEXION PLANTAR

Movimiento restringido:

Amplitud Media de la Flexión Plantar = 30 grados.

Valor del arco de movimiento completo = 100%

Flexión dorsal desde la posición neutra (0°) hasta:	Perdidos	Conservados	Menoscabo del dedo Mayor	Menoscabo del pie	Menoscabo Extremidad Inferior	Menoscabo global
0°	30°	0°	21%	4%	3%	1%
10°	20°	10°	14%	3%	2%	1%
20°	10°	20°	7%	1%	1%	0%
30°	0°	30°	0%	0%	0%	0%

ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:				
0º (posición neutra)	55%	10%	7%	3%
10º	70%	13%	9%	4%
20º	85%	16%	11%	4%
30º (flexión plantar completa)	100%	18%	13%	5%

MENOSCABO DE CADA DEDO (SEGUNDO AL QUINTO) RESPECTO AL PIE Y LA EXTREMIDAD INFERIOR

DEDO	PIE INFERIOR	EXTREMIDAD GLOBAL	PERSONA
0% - 16%	0%	0%	0%
17% - 49%	1%	1%	0%
50% - 83%	2%	1%	0%
84% - 100%	3%	2%	1%

MENOSCABO DEL PIE EN RELACION AL DEDO MAYOR

MENOSCABO DEDO MAYOR	PIE	MENOSCABO DEDO MAYOR	PIE
0% - 2%=	0%	53% - 57%=	10%
3% - 8%=	1%	58% - 62%=	11%
9% - 13%=	2%	63% - 68%=	12%
14% - 19%=	3%	69% - 73%=	13%
20% - 24%=	4%	74% - 79%=	14%
25% - 30%=	5%	80% - 84%=	15%
31% - 35%=	6%	85% - 90%=	16%
36% - 41%=	7%	91% - 95%=	17%
42% - 46%=	8%	96% - 100%=	18%
47% - 52%=	9%		

MENOSCABO DEL PIE POR ANQUILOSIS MULTIPLE DEDOS

Anquilosada en:	Extensión completa	Posición neutra	Flexión completa
Dedo Mayor	14%	13%	18%
Dedo Mayor y Segundo	17%	15%	21%
Dedo Mayor, Segundo y Tercero	20%	17%	24%
Dedo Mayor, Segundo y Cuarto	20%	17%	24%
Dedo Mayor, Segundo y Quinto	20%	17%	24%
Dedo Mayor, Tercero y Cuarto	23%	19%	27%
Dedo Mayor, Segundo Tercero y Quinto	23%	19%	27%
Dedo Mayor, Segundo Cuarto y Quinto	23%	19%	27%
Dedo Mayor, Segundo, Tercero, Cuarto y Quinto	26%	21%	30%
Dedo Mayor y Tercero	17%	15%	21%
Dedo Mayor, Tercero y Cuarto	20%	17%	24%
Dedo Mayor, Tercero y Quinto	20%	17%	24%
Dedo Mayor, Tercero, Cuarto y Quinto	23%	19%	27%
Dedo Mayor y Cuarto	17%	15%	21%
Dedo Mayor, Cuarto y Quinto	20%	17%	24%
Dedo Mayor y Quinto	17%	15%	21%
Dedo Segundo	3%	2%	3%
Dedo Segundo y Tercero	6%	4%	6%
Dedo Segundo, Tercero y Cuarto	9%	4%	9%
Dedo Segundo, Tercero y Quinto9%	9%	6%	9%
Dedo Segundo, Tercero, Cuarto y Quinto	12%	8%	12%
Dedo Segundo y Cuarto	6%	4%	6%
Dedo Segundo, Cuarto y Quinto	9%	6%	9%
Dedo Segundo y Quinto	6%	4%	6%
Dedo Tercero	3%	2%	3%
Dedo Tercero y Cuarto	6%	4%	6%
Dedo Tercero, Cuarto y Quinto	9%	6%	9%
Dedo Tercero y Quinto	6%	4%	6%
Dedo Cuarto	3%	2%	3%
Dedo Cuarto y Quinto	6%	4%	6%
Dedo Quinto	3%	2%	3%

MENOSCABO EXTREMIDAD INFERIOR EN RELACION AL PIE

Pie		Menoscabo Extremidad Inferior	Pie		Menoscabo Extremidad Inferior	Pie		Menoscabo Extremidad Inferior
0%	=	0%	35%	=	25%	70%	=	49%
1%	=	1%	36%	=	25%	71%	=	50%
2%	=	1%	37%	=	26%	72%	=	50%
3%	=	2%	38%	=	27%	73%	=	51%
4%	=	3%	39%	=	27%	74%	=	52%
5%	=	4%	40%	=	28%	75%	=	53%
6%	=	4%	41%	=	29%	76%	=	53%
7%	=	5%	42%	=	29%	77%	=	54%
8%	=	6%	43%	=	30%	78%	=	55%
9%	=	6%	44%	=	31%	79%	=	55%
10%	=	7%	45%	=	32%	80%	=	56%
11%	=	8%	46%	=	32%	81%	=	57%
12%	=	8%	47%	=	33%	82%	=	57%
13%	=	9%	48%	=	34%	83%	=	58%
14%	=	10%	49%	=	34%	84%	=	59%
15%	=	11%	50%	=	35%	85%	=	60%
16%	=	11%	51%	=	36%	86%	=	60%
17%	=	12%	52%	=	36%	87%	=	61%
18%	=	13%	53%	=	37%	88%	=	62%
19%	=	13%	54%	=	38%	89%	=	62%
20%	=	14%	55%	=	39%	90%	=	63%
21%	=	15%	56%	=	39%	91%	=	64%
22%	=	15%	57%	=	40%	92%	=	64%
23%	=	16%	58%	=	41%	93%	=	65%
24%	=	17%	59%	=	41%	94%	=	66%
25%	=	18%	60%	=	42%	95%	=	67%
26%	=	18%	61%	=	43%	96%	=	67%
27%	=	19%	62%	=	43%	97%	=	68%
28%	=	20%	63%	=	44%	98%	=	69%
29%	=	20%	64%	=	45%	99%	=	69%
30%	=	21%	65%	=	46%	100%	=	70%
31%	=	22%	66%	=	46%			
32%	=	22%	67%	=	47%			
33%	=	23%	68%	=	48%			
34%	=	24%	69%	=	48%			

MENOSCABO DE LA PERSONA GLOBAL EN RELACION A LA EXTREMIDAD INFERIOR

MENOSCABO Extremidad Inferior		Persona Global	MENOSCABO Extremidad Inferior		Persona Global	MENOSCABO Extremidad Inferior		Persona Global
0%	=	0%	35%	=	14%	70%	=	28%
1%	=	0%	36%	=	14%	71%	=	28%
2%	=	1%	37%	=	15%	72%	=	29%
3%	=	1%	38%	=	15%	73%	=	29%
4%	=	2%	39%	=	16%	74%	=	30%
5%	=	2%	40%	=	16%	75%	=	30%
6%	=	2%	41%	=	16%	76%	=	30%
7%	=	3%	42%	=	17%	77%	=	31%
8%	=	3%	43%	=	17%	78%	=	31%
9%	=	4%	44%	=	18%	79%	=	32%
10%	=	4%	45%	=	18%	80%	=	32%
11%	=	4%	46%	=	18%	81%	=	32%
12%	=	5%	47%	=	19%	82%	=	33%
13%	=	5%	48%	=	19%	83%	=	33%
14%	=	6%	49%	=	19%	84%	=	34%
15%	=	6%	50%	=	20%	85%	=	34%
16%	=	6%	51%	=	20%	86%	=	34%
17%	=	7%	52%	=	21%	87%	=	35%
18%	=	7%	53%	=	21%	88%	=	35%
19%	=	8%	54%	=	22%	89%	=	36%
20%	=	8%	55%	=	22%	90%	=	36%
21%	=	8%	56%	=	22%	91%	=	36%
22%	=	9%	57%	=	23%	92%	=	37%
23%	=	9%	58%	=	23%	93%	=	37%
24%	=	10%	59%	=	24%	94%	=	38%
25%	=	10%	60%	=	24%	95%	=	38%
26%	=	10%	61%	=	24%	96%	=	38%
27%	=	11%	62%	=	25%	97%	=	39%
28%	=	11%	63%	=	25%	98%	=	39%
29%	=	12%	64%	=	26%	99%	=	40%
30%	=	12%	65%	=	26%	100%	=	40%
31%	=	12%	66%	=	26%			
32%	=	13%	67%	=	27%			
33%	=	13%	68%	=	27%			
34%	=	14%	69%	=	28%			

AMPUTACIONES

TABLA DE AMPUTACIONES EN EXTREMIDADES INFERIORES

	Menoscabo Extremidad inferior	Menoscabo Global de la persona
Hemipelvectomía		80%
Desarticulación cadera	100%	70%
Amputación 1/3 proximal muslo	100%	60%
Amputación tercio medio y distal	90%	50%
Desarticulación de rodilla	90%	40%
Amputación bajo rodilla muñón funcional	70%	35%
Amputación tobillo	70%	30%
Amputación pie - Chopart	53%	25%
Amputación medio tarso	35%	25%
Amputación de todos los dedos	30%	21%
Amputación 1er. dedo en MTT	21%	15%
Amputación 1er. dedo en MTF	18%	13%
Amputación 1er. dedo IF	10%	7%
Amputación 2do. a 5to. Dedo	4%	3%

Amputación de:	Menoscabo del pie
Dedo Mayor	18%
Dedo Mayor y Segundo	21%
Dedo Mayor, Segundo y Tercero	24%
Dedo Mayor, Segundo y Cuarto	24%
Dedo Mayor, Segundo y Quinto	24%
Dedo Mayor, Segundo Tercero y Cuarto	27%
Dedo Mayor, Segundo Cuarto y Quinto	27%
Dedo Mayor, Segundo, Tercero y Quinto	27%
Dedo Mayor, Segundo, Tercero, Cuarto y Quinto	30%
Dedo Mayor y Tercero	21%
Dedo Mayor, Tercero y Cuarto	24%
Dedo Mayor, Tercero y Quinto	24%
Dedo Mayor, Tercero, Cuarto y Quinto	27%
Dedo Mayor y Cuarto	21%
Dedo Mayor, Cuarto y Quinto	24%
Dedo Mayor y Quinto	21%
Dedo Segundo	3%
Dedo Segundo y Tercero	6%
Dedo Segundo, Tercero y Cuarto	9%
Dedo Segundo, Tercero y Quinto	9%
Dedo Segundo, Tercero, Cuarto y Quinto	12%
Dedo Segundo y Cuarto	6%
Dedo Segundo, Cuarto y Quinto	9%
Dedo Segundo y Quinto	6%
Dedo Tercero	3%
Dedo Tercero y Cuarto	6%
Dedo Tercero, Cuarto y Quinto	9%
Dedo Tercero y Quinto	6%
Dedo Cuarto	3%
Dedo Cuarto y Quinto	6%
Dedo Quinto	3%

TABLA DE AMPUTACIONES EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES

	Menoscabo Extremidad	Menoscabo de la persona
Desarticulación del Hombro	97%	60%
Amputación del brazo por encima de la inserción del deltoides	97%	60%
Amputación por encima del codo	95%	57%
y desarticulación del codo		
Amputación 1/3 proximal antebrazo	95%	57%
Amputación 1/3 medio y distal antebrazo y desarticulación muñeca	90%	54%
Amputación transmetarcapiana	90%	54%
Amputación de todos los dedos excepto pulgar	54%	32%
Amputación pulgar	36%	25%
Amputación pulgar en IF	27%	15%
Amputación Indice	23%	14%
Amputación índice IFP	18%	11%
Amputación índice IFD	10%	6%
Amputación dedo medio	18%	11%
Amputación dedo medio IFP	14%	8%
Amputación dedo medio IFD	8%	5%
Amputación anular	9%	5%
Amputación anular en IFP	7%	4%
Amputación anular en IFD	5%	3%
Amputación meñique	5%	3%
Amputación meñique en IFP	4%	1%
Amputaciones anular y meñique	27%	15%

ANEXO TECNICO

El médico perito debe tener presente la posibilidad de que la patología músculo esquelética que refiere la persona, sea derivada o agravada por el tipo de trabajo que ésta desarrolla.
Debemos tener en cuenta en toda la valoración del menoscabo:

· **Función.**

· **Alteración de los movimientos de cada articulación.**

· **Anquilosis**

· **Factores predisponentes**

- obesidad, escoliosis, hiperlordosis, vértebras de transición, asimetría de los miembros inferiores
- condición física muscular no compatible con la actividad laboral
- estado cardiovascular y respiratorio no compatible con la actividad laboral
- edad
- sexo

· **Factores de Riesgo Ocupacional**

- esfuerzos excesivos por trabajo físico exigente
- esfuerzos físicos repetidos en flexión y/o rotación de columna
- esfuerzos físicos en posiciones no ergonómicas
- vibración continua en posición obligada

· **Cronicidad**

Su inicio tuvo carácter agudo pero en la actualidad presenta ausentismo laboral en calidad y cantidad significativas (enmarcados en los plazos legales) por esa causal.

PRINCIPALES AFECCIONES QUE PRODUCEN MENOSCABO

A) COLUMNA VERTEBRAL

· **Impedimento Profesional de la Columna Vertebral**

Se considera como portador de menoscabo al trabajador que presenta patología de la Columna Vertebral, que cumpla con los siguientes requisitos:

1. Historia laboral detallada que certifique que el trabajador ha estado realmente expuesto a uno o más de los factores de riesgo ocupacional durante tiempo mayor de cinco años continuos en jornada completa.
2. Los síntomas y signos se presentan o se desarrollan durante el trabajo.
3. Las alteraciones anatómicas demostrables son mayores que las que pueden esperarse para un individuo de la misma edad, no expuesto a los factores de riesgo profesional.
4. La presencia de otras patologías de la columna como las inflamatorias y tumorales excluyen el diagnóstico de impedimento profesional.

B) MIEMBROS SUPERIORES

1) Secuela de Fracturas

a) Traumatismos sin secuelas
Traumatismos con secuelas

- leves
- moderadas
- graves

2) Seudoartrosis evaluaciones favorables
Seudoartrosis evaluaciones desfavorables o mas de dos años de evolución

2) Amputaciones:

Que por si solas implican un menoscabo severo.

a) ambas manos

b) manos frías

c) una mano y un pie

d) La amputación puede ser total o segmentaria

3) Osteomielitis Crónica

a) sin fístulas

b) con fístulas

La osteomielitis de localización múltiple y manifestaciones sistémica se considerará un menoscabo global de la persona mayor del 70%.

4) Poliomielitis

- De un miembro
- De dos miembros:
- Superiores
- Inferiores

5) Neoplasias

(Capítulo de Impedimentos Neoplásicos)

5) Lesiones osteoarticulares

- Infecciosas
- Parasitarias
- leves
- moderadas
- graves (con manifestaciones clínicas, Rx y de laboratorio)

6) Lesiones Degenerativas
Artrosis

- Primitivas
- Leves
- Moderadas
- graves

- Secundarias
- Moderadas
- graves

C) MIEMBROS INFERIORES

La patología es similar a la de los miembros superiores. Debemos resaltar Impedimento Profesional de las Rodillas.

Los trabajadores que laboran en posiciones hincados y esfuerzo de rotación y lateralización, presentan lesiones en las rodillas que se pueden clasificar en intraarticulares y extra-articulares. Las lesiones extra-articulares son generalmente tendinitis, bursitis o lesiones ligamentarias y no asignan menoscabo porque se recuperan con tratamiento médico, quirúrgico, rehabilitador, reposo y reubicación laboral.

Como impedimento profesional intra-articular crónico se encuentra la Artrosis.

La artrosis de la Rodilla es una enfermedad frecuente en la población general y para establecer su naturaleza laboral es necesario que se cumplan los requisitos siguientes:

1. Historia laboral detallada y responsable que certifique que el trabajador ha estado realmente expuesto a uno o más de los factores de riesgo ocupacional, durante un tiempo mayor de cinco años continuos en jornada completa.

2. Que la artrosis sea de grado superior a la que a juicio del perito correspondería a la esperada de acuerdo a la edad del trabajador.

3. Ausencia de otros factores reconocidos como predisponentes, tales como defectos de alineamiento, secuelas de lesiones traumáticas o enfermedades anteriores.

4. Las lesiones pueden ser bilaterales aunque no necesariamente de igual grado. Para objetivar el impedimento debe exigirse una historia clínica completa con especial atención al examen físico de la Rodilla. Se debe contar con un examen radiológico con el paciente de pie en dos planos y Radiografía Axial de Rótula, que determine claramente el grado de estrechamiento articular, esclerosis subcondral, existencia de osteofitos, alteraciones de las superficie o imágenes de osteocondronecrosis.

Lesiones Misceláneas de la Extremidad Inferior

Hay situaciones especiales que requieren una evaluación diferente:

Acortamiento de las Extremidades Inferiores

En situaciones de acortamiento debido a defecto de alineación o de deformidad se deben sumar aritméticamente los siguientes valores a las secuelas funcionales:

ACORTAMIENTO

Mayor de 2 cm
Mayor de 3 cm
Mayor de 4 cm
Mayor de 5 cm
Lesiones de Tejidos Blandos

Menoscabo

5% de la persona global
10% de la persona global
15% de la persona global
20% de la persona global

Las lesiones graves de las extremidades superiores o inferiores que com-

prometan tejido óseo, vascular y nervioso que hayan sido tratadas durante 12 meses o más sin restaurar su función deberán calificarse como amputaciones a nivel correspondiente del tejido sano proximal.

Osteomielitis (Diagnosticada por Clínica, Laboratorio y Rx.)

En las condiciones siguientes se deberá considerar un menoscabo global de la persona de grado severo.

- Osteomielitis localizada en la pelvis, Vértebras, Fémur, Tibia o en articulaciones mayor de una extremidad que actividad persistente o recurrencial de al menos 2 episodios agudos en un período de 6 meses previos a la solicitud de invalidez.
- Osteomielitis de localización múltiple y manifestaciones sistématicas.

D) AMPUTACIONES

En las situaciones siguientes se describen amputaciones que por si solas implican un menoscabo de grado severo.

a. Ambas manos

b. Ambos pies

c. Una mano y un pie

d. Amputación de una extremidad inferior en o sobre el tarso debida a enfermedad vascular periférica o diabetes mellitus.

e. Incapacidad para usar prótesis en forma efectiva, debido a una de las siguientes causas:

- Enfermedad vascular.
- Complicaciones neurológicas (por ejemplo, pérdida del sentido de posición).
- Muñón demasiado corto o complicaciones persistentes del muñón en los últimos 12 meses desde que inició tratamiento de su enfermedad.
- Trastorno de una extremidad inferior contralateral que provoque restricciones motoras importantes.

ANEXO

HISTORIA MEDICO OCUPACIONAL

DATOS FILIATORIOS: FECHA

NOMBRE

DOMICILIO

DEPARTAMENTO LOCALIDAD

TELEFONO CARGO

EMPRESA

DOMICILIO

TELEFONO GREMIO

MATERIAS PRIMAS ________________________________

____

PRODUCTO FINAL ________________________________

____

OBSERVACIONES ________________________________

____

AREA ☐
1 ADMINISTRACION
2 PRODUCCION
3 EXPEDICION Y VENTAS
4 OTROS

SECTOR ________________
P. de T. ________________

1) ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

1.1	SE ADJUNTA DIAGRAMA DE PRODUCCION?	☐	S/N
1.2	CANTIDAD DE EMPLEADOS	☐	
1.3	TURNOS	☐	1.Matutino 3.Nocturno 5.Vesp.Noct 2. Vespertino 4.Mat. Vesp. 6.Todos
1.4	ROTACION DE TURNOS	☐	S/N
1.5	NORMA DE ROTACION	☐	0.No hay rotación 2.Semanal 4.Mensual 1.Diaria 3.Quincenal
1.6	JORNADA LABORAL SEMANAL	☐	Horas
1.7	DESCANSO SEMANAL	☐	1.Fijo 2.Variable
1.8	DESCANSO DE JORNADA	☐	Minutos
1.9	TIPO DE PRODUCCION	☐	1. En Serie 2. Individual

2) LOCAL Y AMBIENTE DE TRABAJO

2.1	LOCAL DE TRABAJO	☐ Sup.(Mts.2.) ☐ Alt.(Mts.)	☐ 1.Abierto 2.Cerrado
2.2	ILUMINACION	☐ Natural ☐ Artificial	☐ Suficiente ☐ Insuficiente

2.3 VENTILACION

- ☐ Natural
  - Nº Ventanas ☐
  - Nº Puertas ☐
  - ☐ Suficiente
  - ☐ Insuficiente
- ☐ Artificial
  - ☐ Refrigeracion
  - ☐ Calefaccion
  - ☐ Extractores
  - ☐ Ventiladores
  - ☐ Otros
  - ☐ Suficiente
  - ☐ Insuficiente

2.4 HUMEDAD

- ☐ No
- ☐ Si
  - ☐ Pisos
  - ☐ Paredes
  - ☐ Techos
  - ☐ Niebla

3) AGENTES FISICOS

3.1 TEMPERATURA

- °C ☐ Verano — No se midio ☐
  - ☐ Muy frio (-20°)
  - ☐ Frio
  - ☐ Templado (20°)
  - ☐ Caluroso
  - ☐ Muy Caluroso (+35°)
- °C ☐ Invierno — No se midio ☐
  - ☐ Muy frio (-20°)
  - ☐ Frio
  - ☐ Templado (20°)
  - ☐ Caluroso
  - ☐ Muy Caluroso (+35°)

3.2 RUIDO

- ☐ No
- ☐ Si — Db ☐ — No se midio ☐
  - ☐ > 85 db
  - ☐ 85 - 100 db
  - ☐ + 100 db
  - ☐ Intermitente
  - ☐ Continuo
  - ☐ Impulso
  - ☐ Intensidad
  - ☐ Durac

3.4 VIBRACIONES

☐ No

☐ Si
- ☐ Escasas
- ☐ Moderadas
- ☐ Intensas
- ☐ Muy intensas

☐ Intermitentes
☐ Continuas MEDIDA ☐

3.5 RADIACIONES

IONIZANTES

☐ No

☐ Si ☐ Rayos X
☐ Gamma

☐ Escasas
☐ Moderadas
☐ Intensas

☐ Continuas
☐ Intermitentes ☐ Duración MEDIDA ☐

NO IONIZANTES

☐ No
☐ Si
- ☐ UV ☐ Laser
- ☐ IR ☐ Radiofrecuencia
- ☐ Luz visible ☐ Microondas

☐ Intermitentes
☐ Continuas MEDIDA ☐

☐ Escasas
☐ Moderadas
☐ Intensas

4) AGENTES QUIMICOS

4.1 POLVOS

☐ No

☐ Si Contaminantes

☐ Silice Otros ______________
☐ Asbesto ______________
☐ Madera
☐ Cemento MEDIDA ☐

☐ Escaso
☐ Moderado
☐ Intenso (nube)

4.2 HUMOS

- [ ] No
- [ ] Si
  - [ ] Soldadura [ ] Otros ______
  - [ ] Combustion ______
  - [ ] Colado metales

- [ ] Escaso
- [ ] Moderado MEDIDA [ ]
- [ ] Intenso

- [ ] Continuo
- [ ] Intermitente [ ] Duración

4.3 GASES

- [ ] No
- [ ] Si [ ] Acidos [ ] Otros ______
  - [ ] Combustión ______

- [ ] Escaso
- [ ] Moderado MEDIDA [ ]
- [ ] Intenso

- [ ] Continuo
- [ ] Intermitente

4.4 VAPORES

- [ ] No
- [ ] Si [ ] Combustibles [ ] Otros ______
  - [ ] Solventes ______
  - [ ] Diluyentes

- [ ] Escaso
- [ ] Moderado MEDIDA [ ]
- [ ] Intenso

- [ ] Continuo
- [ ] Intermitente

5) AGENTES BIOLOGICOS

- [ ] No
- [ ] Si
  - [ ] Bacterias
  - [ ] Virus
  - [ ] Hongos
  - [ ] Otros ______

6) CARGA FISICA

Describir:

6.1 POSTURA - **(predominante,posición de tronco y miembros, incómoda o forzosa, etc.)**

____
____
____
____

6.2 MOVIMIENTOS DE LOS SEGMENTOS DEL CUERPO (tipo, intensidad, repetitivo, etc.)

____
____
____
____

6.3 DESPLAZAMIENTOS (facilidad, distancias, con o sin sobrecarga física, etc.)

____
____
____
____

6.4 CARACTERISTICAS DEL ESFUERZO FISICO (intensidad, duración, etc.)

____
____
____
____

7) CARGA MENTAL

7.1	NIVEL DE ATENCION	☐ Escasa ☐ Moderado ☐ Alto
7.2	COMPLEJIDAD DE LA TAREA	☐ Escasa ☐ Moderada ☐ Alta
7.3	RAPIDEZ DE LA TAREA	☐ Escasa ☐ Moderada ☐ Alta
7.4	APREMIO DE TIEMPO	☐ Si ☐ No
7.5	TAREA	☐ Individual ☐ En serie o cadena
7.6	INCENTIVO POR CALIDAD	☐ Si ☐ No
7.7	INCENTIVO POR PRODUCCION	☐ Si ☐ No
7.8	INTENSIDAD DE SUPERVISION	☐ Escasa ☐ Moderada ☐ Alta
7.9	RELACION CON: (aceptable, buena, excelente)	Subalternos ________ Superiores ________ Paralelos ________

8) ANALISIS MEDICO LABORAL DETALLADO DEL PUESTO DE TRABAJO

DESCRIPCION DE LA TAREA ______________________________

____

____

____

____

____

____

DESCRIPCION COMPLEMENTARIA DE LOS RIESGOS ______________________________

____

____

____

____

CONCLUSIONES DEL ESTUDIO MEDICO LABORAL ______________________________

____

____

____

____

____

MEDICO LABORALISTA ACTUANTE **Nombre** ______________________________

N ª Tecnico ______________________________

Firma ______________________________

Recibido por D. O. el 4 de Enero de 1999

INTENDENCIAS MUNICIPALES
INTENDENCIA MUNICIPAL DE MALDONADO

2

Resolución 4.505/998

Adecúanse los valores de los tributos inmobiliarios de los inmuebles urbanos y suburbanos que se emitan en el ejercicio 1999.
(112*R)

Maldonado, 29 de diciembre de 1998

VISTO: La necesidad de adecuar los valores de los tributos inmobiliarios de los inmuebles urbanos y suburbanos del Departamento que se emitan para el ejercicio 1999.

CONSIDERANDO: I. Que a tales efectos se deberá revaluar los valores de aforo de los referidos inmuebles vigentes al 31/12/98.

II. Lo previsto por el art. 12 del Decreto 3642 facultando a la Intendencia Municipal al incremento de las escalas de aforo base de aplicación de las alicuotas para la liquidación del impuesto de Contribución Inmobiliaria establecidas por el art. 29 del Decreto 3622.

III. Lo establecido por el art. 14 del Decreto 3642 facultando actualizar las escalas determinadas por el art. 45 del Decreto 3622 para el pago del impuesto a los terrenos baldíos.

IV. Que asimismo se deberá actualizar los topes de aforo establecidos por el art. 34 del Decreto 3622 y normas complementarias.

ATENTO: Que el Poder Ejecutivo ha previsto la revaluación de los inmuebles urbanos y suburbanos para el ejercicio 1999 en el coeficiente 1.068 (uno con 068/100);

EL INTENDENTE MUNICIPAL DE MALDONADO

RESUELVE:

1º) - Ajústanse por el coeficiente 1.068 (uno con 068/100) a partir del 1º de enero de 1999 los valores de aforos vigentes al 31/12/98 de los inmuebles urbanos y suburbanos del departamento.

2º) - Igual criterio de actualización que los determinados en el numeral 1 se aplicará a las escalas de aforo para la deteminación de las alicuotas para la liquidación del impuesto de Contribución Inmobiliaria, como asimismo a las escalas que determinan el pago del impuesto a los terrenos baldíos y a los topes de aforo para exoneraciones de único bien.

3º) - Insértese, publíquese y comuníquese a los Departamentos y Direcciones incolucradas en su aplicación. CAMILO TORTORELLA AZCUE, Intendente Municipal - Arq. JOSE LUIS REAL FEDRIGOTTI, Secretario General
Recibido por D. O. el 18 de Enero de 1998



DIRECCION NACIONAL DE IMPRESIONES Y PUBLICACIONES OFICIALES

PRECIOS DE LIBROS, SEPARATAS Y CD'S

DIARIO OFICIAL

TARIFA VIGENTE A PARTIR DEL 1º/8/997

- *LEY 15.750, LEY ORGANICA DE LA JUDICATURA Y DE ORGANIZACION DE LOS TRIBUNALES (Actualizada al 1º/8/997)* — 112,00
- *LEY 15.903 RENDICION DE CUENTAS (Ejercicio 1986 - Rige desde el 1º/1/988)* — 51,00
- *LEY 15.982 CODIGO GENERAL DEL PROCESO (Actualizada al 31/8/996)* — 296,00
- *DEC. 335/990 CONTRATOS Y OBLIGACIONES DE LAS SOCIEDADES ANONIMAS* — 51,00
- *LEY 16.107 AJUSTE FISCAL TRIBUTARIO Y APORTES AL B.P.S.* — 39,00
- *DEC. 500/991 Y DEC. 505/991 NORMAS DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO* — 84,00
- *LEY 16.170 PRESUPUESTO NACIONAL (Rige desde el 1º/1/991)* — 84,00
- *LEY 16.320 RENDICION DE CUENTAS (Ejercicio 1991 - Rige desde el 1º/1/993)* — 84,00
- *LEY 16.462 RENDICION DE CUENTAS (Ejercicio 1992 - Rige desde el 1º/1/994)* — 104,00
- *DECRETOS 484/997 Y 485/997 NOMENCLATURA COMUN MERCOSUR* — 143,00
- *DEC. 338/996 TEXTO ORDENADO NORMAS TRIB. D.G.I. (28/8/996)* — 146,00
- *LEY 16.736 PRESUPUESTO NACIONAL (Rige desde el 1º/1/996)* — 169,00
- *CONSTITUCION DE LA REPUBLICA, Actualizada con Plebiscitos de 1989-1994-1996* — 112,00
- *CD - CONSTITUCION DE LA REPUBLICA, Actualizada con Plebiscitos de 1989- 1994- 1996* — 275,00
- *DECRETO 194/997 - TEXTO ORDENADO DE CONTABILIDAD Y ADMINISTRACION FINANCIERA (TOCAF 1996)* — 160,00
- *REGLAMENTO BROMATOLOGICO (de la Intendencia Municipal de Montevideo)* — 95,00
- *DECRETO 342/997 del 17/9/997 - "TEXTO ORDENADO DE INVERSIONES" (T.O.I. 1997)* — 120,00
- *LEY 16.603 - Código Civil (Actualizado al 31/3/998)* — 690,00

AVISOS PUBLICADOS

APERTURA DE SUCESIONES

MONTEVIDEO

(Ley 16.044 Arts. 3o. y 4o.)
Los señores Jueces Letrados de Familia han dispuesto la apertura de las sucesiones que se enuncian seguidamente y citan y emplazan a los herederos, acreedores y demas interesados en ellas para que, dentro del término de treinta días, comparezcan a deducir en forma sus derechos ante la sede correspondiente.

JUZGADO LETRADO DE FAMILIA

DECIMOCUARTO TURNO

OLGA MERCEDES BERMUDEZ DAMICO, (Ficha S/634/98).
Expediente habilitado para la Feria.
Montevideo, 29 de diciembre de 1998.
Esc. Giovanna Conti, Actuaria Adjunta.
01) $ 720 10/p 10225 Ene 12 - Ene 25

DECIMONOVENO TURNO

EUGENIO MENDEZ SILVA, (Ficha 646-98).
Se habilitó la Feria Judicial Mayor.
Montevideo, 11 de enero de 1999.
Esc. Silvia Freda Muñoz, Actuaria Adjunta.
01) $ 720 10/p 10291 Ene 14 - Ene 27

VIGESIMOPRIMER TURNO

JOSEFINA MARIA SCARELA PARDO O JOSEFINA MARIA SCARELLA PARDO Y MARY OTTATI SCARELLA, (Ficha S 236/98).
HABILITACION DE FERIA JUDICIAL MAYOR.
Montevideo, 16 de diciembre de 1998.
Esc. Susana Berger, Actuaria Adjunta.
01) $ 720 10/p 10064 Ene 08 - Ene 21

VIGESIMOSEXTO TURNO

IREZ MALAINA BARRIOS, (Ficha 617/98/S).
Habilitándose la Feria Judicial Mayor al solo efecto de las publicaciones.
Montevideo, 18 de diciembre de 1998.
Esc. Sara Garrone, Actuaria.
01) $ 720 10/p 10359 Ene 15 - Ene 28

VIGESIMOSEPTIMO TURNO

LAVORERIO CRESPI, JUAN CARLOS, (Ficha 597/98/S).
CON HABILITACION DE FERIA JUDICIAL MAYOR.
Montevideo, 10 de diciembre de 1998.
Esc. Cristina Croce Facello, Actuaria Adjunta.
01) $ 720 10/p 10053 Ene 08 - Ene 21

JOSE MARIA RIVERO NUÑEZ, (Ficha S/617/98).
HABILITASE LA FERIA JUDICIAL MAYOR.
Montevideo, 18 de diciembre de 1998.
Esc. Cristina Croce Facello, Actuaria Adjunta.
01) $ 720 10/p 10165 Ene 12 - Ene 25

(Ley 16.044 Arts. 3o. y 4o.)
Los señores Jueces Letrados de Primera Instancia del Interior, dentro de sus respectivas jurisdicciones, han dispuesto la apertura de las sucesiones que se enuncian seguidamente y citan y emplazan a los herederos, acreedores y demas interesados en ellas para que, dentro del término de treinta días, comparezcan a deducir en forma sus derecho en la sede correspondiente.

ARTIGAS

JUZGADO LETRADO DE PRIMERA INSTANCIA DE SEGUNDO TURNO

JOSE ENRIQUE FRANÇA FERNANDEZ, (Ficha B 520/98).
Se deja constancia que se habilitó la Feria Judicial Mayor a sus efectos.
Artigas, 31 de diciembre de 1998.
Esc. Vicente Tomas Polito, Actuario.
01) $ 720 10/p 10442 Ene 18 - Ene 29

COLONIA

JUZGADO LETRADO DE PRIMERA INSTANCIA

SEGUNDO TURNO

AURELIA MARTINEZ PASTRANA, (Ficha 611/1998).
Habilítase la Feria Judicial Mayor para la correspondiente publicación.
Colonia, 10 de diciembre de 1998.
Esc. Julio Umpiérrez, Actuario Adjunto.
01) $ 720 10/p 10084 Ene 11 - Ene 22

RIO NEGRO

JUZGADO LETRADO DE PRIMERA INSTANCIA DE FRAY BENTOS

SEGUNDO TURNO

QUINTANA SOSA, JULIAN, (Ficha 458/98).
Habilitándose la Feria Judicial Mayor para su publicación.-
Fray Bentos, 14 de diciembre de 1998.
Carmelo M. Salaberry, Actuario.
01) $ 720 10/p 10076 Ene 08 - Ene 21

PERROUX IMKEN, FRANCISCO ENRIQUE, (Ficha 500/98).
Habilitándose la Feria Judicial mayor para su publicación.
Fray Bentos, 22 de diciembre de 1998.
Carmelo M. Salaberry, Actuario.
01) $ 720 10/p 10077 Ene 08 - Ene 21

AMARILLO ALVAREZ, TIDIO JESUS, (Ficha 507/98).
Habilitándose la Feria Judicial Mayor para su publicación.

TARIFAS
Resolución 1.038/998

Avisos Judiciales centímetro	$ 18,00
Avisos Estatales y Particulares centímetro	$ 42,00
Balances por línea de 14 ciceros, o equivalentes	$ 30,00
Sociedades de Responsabilidad Limitada, Estatutos y Reformas de Sociedades Anónimas centímetro	$ 247,00
Edicto de matrimonio	$ 127,00

PUBLICACIONES BONIFICADAS
Estatutos de Cooperativas: 50% sobre tarifas de S.A..
Propiedad Literaria y Artística: 50% sobre tarifa particular.
Patentes de invención: 25% sobre tarifa particular.

PUBLICACIONES GRATUITAS
Pérdida de Patria Potestad: Ley 13.209, Art. 2°
Bien de Familia: Ley 15.597, Art 16.
Rectificaciones de Partidas. Ley 16.170 Art. 340.

SUSCRIPCIONES y EJEMPLARES

Retirando los ejemplares en I.M.PO., mensual	$ 425,00
Reparto al Interior, mensual	$ 480,00
Exterior, mensual	$ 1.020,00
Retirando los ejemplares en I.M.P.O. o Agencia, semestral	$ 2.391,00
Reparto al Interior, semestral	$ 2.700,00
Exterior por Correo, semestral	$ 5.898,00
Suscripciones anuales, Montevideo	$ 4.782,00
Suscripciones anuales, Interior	$ 5.400,00
Suscripciones anuales, Exterior	$ 11.796,00

PRECIOS EJEMPLARES

Del día	$ 21,00
Atrasados	$ 28,00
De más de 15 días	$ 34,00
De más de un año	$ 66,00
Fotocopias la página	$ 16,00
Precio de consulta de información en el Banco de Datos (Leyes, Decretos y Resoluciones) desde el año 1977 a la fecha. El minuto	$ 4,60

Consulte nuestros precios de ediciones impresas y en Disco Compacto.

NOTA: El centímetro equivale a 20 palabras.

Fray Bentos, 14 de diciembre de 1998.
Carmelo M. Salaberry, Actuario.
01) $ 720 10/p 10440 Ene 18 - Ene 29

SAN JOSE

JUZGADO LETRADO DE PRIMERA INSTANCIA

SEGUNDO TURNO

ROSA ELENA BORGUNDER VISCONTI O BISCONTI O VISCONTE, (Ficha 601/98).
Se habilita la Feria Judicial Mayor a tales efectos. San José, 8 de diciembre de 1998.
Esc. Mónica Laura Martínez Giunti, Actuaria Adjunta.
01) $ 720 10/p 10086 Ene 11 - Ene 22

JUANA MARIA CASAÑA BENTANCOR O BENTANCOUR, (Ficha 599/98).
Se habilita la Feria Judicial Mayor a tales efectos. San José, 8 de diciembre de 1998.
Esc. Mónica Laura Martínez Giunti, Actuaria Adjunta.
01) $ 720 10/p 10088 Ene 11 - Ene 22

SORIANO

JUZGADO LETRADO DE PRIMERA INSTANCIA DE DOLORES

JUAN CARLOS OLIVERA LISORIO, (Ficha B/266/1998).
Se habilita la Feria Judicial Mayor.
Dolores, 24 de diciembre de 1998.
Esc. Roberto Fernández Olivera, Actuario.
01) $ 720 10/p 10372 Ene 15 - Ene 28

CONVOCATORIAS COMERCIALES

MARUBY S.A.
ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA

De acuerdo a lo establecido por los Estatutos Sociales el Directorio convoca a los señores accionistas para la Asamblea General Ordinaria que tendrá lugar el día 03 de Febrero de 1999 a las 15:30 horas en primera convocatoria y a las 16:30 hrs. en segunda convocatoria en el local de la Avda. General Flores 2228, para tratar el siguiente orden del día:
1) Consideración del Balance al 28/02/1998 y Estado de Pérdidas y Ganancias correspondientte.
2) Cambios en la integración del directorio de la sociedad.
3) Designación de dos accionistas para firmar el acta.
03) $ 756 3/p 10444 Ene 19 - Ene 21

RIOGAS SA.
CONVOCATORIA

De acuerdo a lo dispuesto por los artículos 8 al 11 de los Estatutos Sociales, el Directorio convoca a la 21° Asamblea General Ordinaria a realizarse el 2 de Febrero de 1999 en el local de la sociedad, sito en Camino Lecoq 1013, en primer llamado a la hora 9:00 y segundo llamado a la hora 10:00, para cumplir el siguiente orden del día:
1° Consideración de la Memoria y Estados Contables al 30/11/98
2° Aprobación de Proyectos de Distribución de Utilidades.
3° -Elección de Directorio.
4° Designación de un Asambleísta para firmar el acta.
El Directorio.
03) $ 756 3/p 10461 Ene 19 - Ene 21

BANCO DE CREDITO S.A.
CONVOCATORIA A ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA DE ACCIONISTAS

Se convoca a los señores accionistas para la Asamblea General Extraordinaria que se efectuará el día martes 2 de febrero de 1999 a las 10 horas en la oficina del Banco (Avda. 18 de Julio 1451 - Piso 7°), con el objeto de considerar el siguiente orden del día:
1) Designación de Directorio y determinación de su remuneración (art. 6 del Contrato de Compraventa de Acciones del Banco de Crédito de fecha 16 de diciembre de 1998, y art. 12 y siguientes de los Estatutos Sociales).
2) Designación de Sindicatura y determinación de su remuneración.
3) Designación de 2 (dos) asambleístas a los efectos de lo dispuesto en el art. 25 inciso b) del Estatuto.
Se hace constar a los señores accionistas que para asistir o hacerse representar en las asambleas es necesario depositar las acciones en la Tesorería del Banco o presentar certificado de depósito librado por una entidad de intermediación financiera, por un corredor de Bolsa, por el depositario judicial, o por otras personas, en cuyo caso se requerirá la certificación notarial correspondiente (art. 350 Ley 16.060), hasta 2 (dos) días hábiles antes del señalado en la convocatoria (artículo 37 de los Estatutos Sociales); y en los casos previstos por el art. 14 de los Estatutos Sociales se cumplan con los requisitos relacionados.
El Directorio. Montevideo, Enero de 1999.
03) $ 1.512 3/p 10478 Ene 19- Ene 21

DIRECCION DE NECROPOLIS

MONTEVIDEO

INTENDENCIA MUNICIPAL DE MONTEVIDEO

DERECHO DEL USO DEL BIEN FUNERARIO

Se presentaron: RAQUEL EMA STEFANI ALDECOA
PABLO ENRIQUE ALDECOA ALVEZ
solicitando un certificado que los habilite el uso del Nicho N° 8 del Cementerio Central, 2do. Cuerpo cuyo primitivo titular era MARTIN ALDECOA.
Se cita a quienes se consideren con derecho a pressntarse con la documentación justificativa, en la Escribanía Municipal dentro del término de treinta días. Ma. DOLORES CASTRO IGLESIAS, ESCRIBANA.
04) $ 378 3/p 10522 Ene 20 - Ene 22

DISOLUCIONES Y LIQUIDACIONES DE SOCIEDADES CONYUGALES

CANELONES

(Ley 16.044 Arts. 3o. y 5o.)
Por disposición de los señores Jueces Letrados de Primera Instancia del Interior, dentro de sus respectivas jurisdicciones, se hace saber que se ha decretado la disolución y liquidación de las sociedades legales de bienes existentes entre los cónyuges que se indican a continuación; y que se cita y emplaza a todos los interesados para que comparezcan a deducir en forma sus derechos dentro del término de sesenta días, bajo apercibimiento de lo que corresponda por derecho.

JUZGADO LETRADO DE PRIMERA INSTANCIA DE LA CIUDAD DE LA COSTA

DE SEGUNDO TURNO

JOSE AFONZO GONCALVES y MARIA OLIVERA COLMAN, (Ficha 640/98). Se encuentra habilitada la Feria Judicial Mayor. Ciudad de la Costa, 30 de diciembre de 1998.
Esc. Haydée Basterrech, Actuaria.
05) $ 900 10/p 10276 Ene 14 - Ene 27

EXPROPIACIONES

MONTEVIDEO

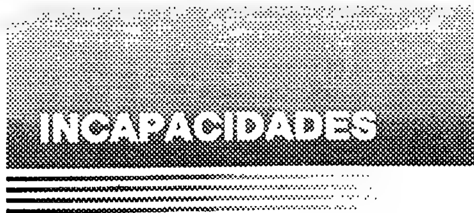
MINISTERIOS

MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PUBLICAS

DIRECCION NACIONAL DE TOPOGRAFIA

Se hace saber a quienes interese que el PODER EJECUTIVO ha designado para ser expropiada y declarado de urgente ocupación la parcela de terreno que se detalla a continuación:
OBRA: RUTA 24 - TRAMO: RUTA 2 - RADIAL NUEVO BERLIN
UBICACION: 2da. SECCION JUDICIAL DEL Dpto. de RIO NEGRO

EXPEDIENTE: 98 - 6 - 308
PADRON: 1.829 (p)
AREA: 0 Hás. 2.263 mc.
PROPIETARIOS: Suc. ANA HUGHES ZAS.
MIGUEL ANGEL ELENI, ESPECIALISTA IX.
09) (Cta. Cte.) 8/p 50087 Ene 14 - Ene 25



MONTEVIDEO

JUZGADO LETRADO DE FAMILIA

NOVENO TURNO

EDICTO
Por disposición del Sr. Juez Letrado de Familia de 9º Turno en autos caratulados "STAROVIESCHIK DINA -INCAPACIDAD- Ficha V/215/93" se hace saber que por RESOLUCION Nº 3971 de fecha 21/12/98 se decretó en caracter provisorio el levantamiento del estado de incapacidad civil de DINA STAROVIESCHIK SOMMER disponiéndose el cese del cargo de curadora de la Sra. CELIA SOMMER.
SE HABILITO LA FERIA JUDICIAL MAYOR. Montevideo, 24 de DICIEMBRE de 1998. Esc. Mirta G. D'Onofrio, ACTUARIA.
10) $ 720 10/p 10166 Ene 12 - Ene 25

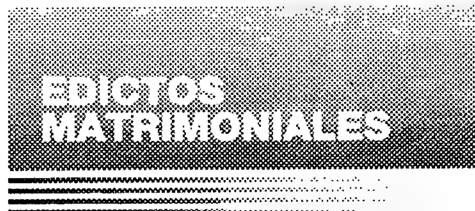


PAYSANDU

JUZGADO LETRADO DE PRIMERA INSTANCIA

DE TERCER TURNO

Por disposición del Sr. Juez Letrado de Primera Instancia de Tercer Turno de Paysandú, en autos caratulados: "ELHORDOY ESPONDA, ARIEL Y RODRIGUEZ DE ELHORDOY, MIRTA. CONCURSO VOLUNTARIO. FA. A/538/88", se convoca a todos los acreedores conocidos y desconocidos, privilegiados, y personales, a la JUNTA que se celebrará en este Juzgado, calle Zorrilla de San Martín No. 942, Primer Piso, de esta ciudad de Paysandú, el día 10 de febrero de 1999, a la hora 9.00; previniéndose que a los acreedores inasistentes se les tendrá por adheridos a las resoluciones que se adopten por la mayoría de los acreedores que concurran a la Junta. SE HABILITA LA FERIA JUDICIAL MAYOR.
Paysandú, 23 de diciembre 1998. ESC. SILVIA L. VENCE, ACTUARIA ADJ.
13) $ 1.080 10/p 44984 Ene 14 - Ene 27



Montevideo, enero 20 de 1999
Cumplimiento de la disposición del artículo 3o. de la ley 9.906 del 30 de diciembre de 1939 de acuerdo con lo que se expresa en dicho artículo debe tenerse muy en cuenta la advertencia que se transcribe que figura en los correspondientes edictos que firman los respectivos Oficiales del Registro Civil.
"En fe de lo cual intimo a los que supieren algún impedimento para el matrimonio proyectado lo denuncie por escrito ante esta Oficina haciendo conocer las causas y lo firme para que sea publicado en el "Diario Oficial" por espacio de ocho días como lo manda la Ley."
Espacio limitado a tres días por la Ley 9.906.

MONTEVIDEO

OFICINA No. 1

JAVIER HEBER DIRON, 33 años, divorciado, empleado, oriental, domiciliado en Agrigento 2341, y ELIZABETH GOÑEZ, 31 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Agrigento 2341 bis.
14) $ 127 3/p 269 Ene 20 - Ene 22

JOSE WILSON DE AVILA, 51 años, divorciado, policía, oriental, domiciliado en Artagaveytia 3943, y GRACIELA PEREIRA, 42 años, viuda, labores, oriental, domiciliada en Artagaveytia 3943.
14) $ 127 3/p 283 Ene 20 - Ene 22

ALEJANDRO CARLOS ANTELO, 30 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Campizteguy 3014/2, y ANA KARINA BOTTA, 21 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Himalaya 2928.
14) $ 127 3/p 286 Ene 20 - Ene 22

LEONARDO DI LORENZO, 27 años, soltero, comercio, oriental, domiciliado en Capurro 765, y ROSANNA CAPUOZZOLO, 29 años, soltera, comercio, oriental, domiciliada en Pestalozzi 4024.
14) $ 127 3/p 293 Ene 20 - Ene 22

JORGE ALFONSO DELLI SANTI, 34 años, soltero, docente, oriental, domiciliado en Soriano 922/2, y KAREN NOEL JONES, 31 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Soriano 922/2.
14) $ 127 3/p 294 Ene 20 - Ene 22

OFICINA No. 2

MARIO BARROS, 30 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en E. Víctor Haedo 2190/3, y MARIA ALEJANDRA CECILIO, 25 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Av. Italia 3433.
14) $ 127 3/p 264 Ene 20 - Ene 22

ARTURO LUIS ECHEVARRIA, 35 años, soltero, arquitecto, oriental, domiciliado en Bolivia 2253,y YESLEINE CORDERO, 21 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Atlántico 1568.
14) $ 127 3/p 270 Ene 20 - Ene 22

ALEJANDRO WALTER BELLO, 29 años, soltero, empresario, oriental, domiciliado en Gabriel Pereira 2990/302, y SANDRA BRITOS, 30 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Gabriel Pereira 2990/302.
14) $ 127 3/p 275 Ene 20 - Ene 22

ALVARO ALEJANDRO ESTEFAN, 31 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Cufré 2328/2, y LAURA MARGARITA DEMARCO, 33 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Cufré 2328/2.
14) $ 127 3/p 278 Ene 20 - Ene 22

OFICINA No. 3

ANIBAL ARIEL CORNEJO, 33 años, divorciado, empleado, oriental, domiciliado en Luis Braille 3334 bis, y ADRIANA RAQUEL BENITEZ, 26 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Luis Braille 3334 bis.
14) $ 127 3/p 262 Ene 20 - Ene 22

ANTONIO CARBAJO, 24 años, soltero, téc. electrónica, oriental, domiciliado en Pestalozzi 4021/101, y LAURA ESTELA GARRIDO, 26 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Miguelete 1456/2.
14) $ 127 3/p 263 Ene 20 - Ene 22

NESTOR ALFREDO CUELLO, 27 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Emilio Raña 3090, y MARIA IBER BARERA, 32 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Colonia 2095/401.
14) $ 127 3/p 265 Ene 20 - Ene 22

RIGHARD EDUARDO CARDOZO, 24 años, soltero, albañil, oriental, domiciliado en Ignacio Oribe 2769, y MARIA NOEL RODRIGUEZ, 23 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Gral Pagola 2189/3.
14) $ 127 3/p 266 Ene 20 - Ene 22

PABLO GERMAN CIRILLO, 27 años, soltero, estudiante, oriental, domiciliado en 6 de Abril 1393, y VERONICA LAKIEROVICH, 26 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Chucarro 1004/503.
14) $ 127 3/p 271 Ene 20 - Ene 22

GUSTAVO EDUARDO CARDOZO, 39 años, divorciado, empleado, oriental, domiciliado en Cerro Largo 830, y YANEL NURY RODRIGUEZ, 29 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Cerro Largo 830.
14) $ 127 3/p 272 Ene 20 - Ene 22

ALBERTO GABRIEL CHIARLONE, 25 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Diego Espinosa 2774, y BETTINA SIMONE, 24 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Minas 1417/401.
14) $ 127 3/p 274 Ene 20 - Ene 22

LEONARDO DANIEL CANO, 23 años, soltero, empleado, argentino, domiciliado en Eduardo Acevedo 1255/302, y NATALIA LEONOR REGUEIRO, 23 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Dr. Capdehourat 2787.
14) $ 127 3/p 277 Ene 20 - Ene 22

ALVARO HERNAN CUENCA, 26 años, soltero, militar, oriental, domiciliado en Ruta 8 Km 14, y AMALIA LORENA FERREIRA, 23 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Colorado 1869.
14) $ 127 3/p 281 Ene 20 - Ene 22

OFICINA No. 4

NESTOR FABIAN LEITES, 25 años, soltero, jornalero, oriental, domiciliado en H. García Lagos 5425, y ESTHER JACQUELINE DIAZ, 19 años, soltera, labores, oriental, domiciliada en Horacio Garcia Lagos 5425.
14) $ 127 3/p 267 Ene 20 - Ene 22

ALEJANDRO WALTER LAGORIO, 28 años, soltero, camarógrafo, oriental, domiciliado en Valentín Gómez 960, y ANDREA VERONICA DUTRA, 21 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Emancipación 4960.
14) $ 127 3/p 268 Ene 20 - Ene 22

JOAN MANUEL FIRPO, 17 años, soltero, jornalero, oriental, domiciliado en Emancipación 4966, y ELVIRA MARIANA GARCIA, 2[illegible] años, soltera, labores, oriental, domiciliada en Emancipación 4966.
14) $ 127 3/p 280 Ene 20 - Ene 22

JORGE ALBERTO FERNANDEZ, 32 años, divorciado, Tec. sanitario, oriental, domiciliado en Salustio 3987, y GILMARA PATRICIA STEIL, 22 años, soltera, labores, brasilera, domiciliada en Salustio 3987.
14) $ 127 3/p 285 Ene 20 - Ene 22

LEONARDO NELSON FABRA, 27 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Carlos Camusso 8034, y ROSA ESMERALDA PINTOS, 23 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Domingo Mora 8057.
14) $ 127 3/p 292 Ene 20 - Ene 22

OFICINA No. 5

PABLO MARTIN GIMENEZ, 28 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Durazno 1985/001, y MARIA ELENA BERAMENDI, 31 años, soltera, médico, oriental, domiciliada en Cno. Carrasco 4490 Block C2/15.
14) $ 127 3/p 261 Ene 20 - Ene 22

ALEJANDRO HECTOR HERNANDEZ, 26 años, soltero, contador público, oriental, domiciliado en Zum Felde 1631, y ROSANA POLONI, 45 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Baltasar Vargas 1291/2.
14) $ 127 3/p 259 Ene 20 - Ene 22

ALLYSON VIERA, 27 años, soltera, nutricionista, oriental, domiciliada en Marcos Salcedo 5464.
14) $ 127 3/p 273 Ene 20 - Ene 22

PABLO FERNANDO GOMEZ, 28 años, soltero, jornalero, oriental, domiciliado en Samuel Lafone 2175, y SANDRA AMALIA AGUERRE, 24 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Samuel Lafone 2175.
14) $ 127 3/p 276 Ene 20 - Ene 22

MARTIN GONZALEZ, 31 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en 21 de Setiembre 2894=502, y LUCIA LAURA GARCIA, 26 años, soltera, licenciada, oriental, domiciliada en Pte Berro 2528 =001.
14) $ 127 3/p 279 Ene 20 - Ene 22

JORGE RAUL GUERRA, 21 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Locarno 3624, y CLAUDIA LETICIA FERNANDEZ, 21 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Elba 4163.
14) $ 127 3/p 290 Ene 20 - Ene 22

JUAN DIEGO GONZALEZ, 27 años, soltero, contador, oriental, domiciliado en Pilcomayo 5314, y ANALIA SILVA, 29 años, soltera, contador, oriental, domiciliada en Rivera 4829.
14) $ 127 3/p 295 Ene 20 - Ene 22

JAVIER MARCELO GARCIA, 24 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Villademoros 2642, y ANDREA VILLAS BOAS, 23 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Capricornio 3236.
14) $ 127 3/p 296 Ene 20 - Ene 22

OFICINA No. 6

WILMAN ALFREDO MORLINO, 29 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Sanfuentes 3302, y MONICA MAUBRIGADEZ, 22 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Miguelete 2416.
14) $ 127 3/p 284 Ene 20 - Ene 22

OFICINA No. 7

LEONARDO JESUS PASTORINO, 24 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Perez gomar 4230, y DANIELLA SUAREZ, 26 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Ramos 4407.
14) $ 127 3/p 250 Ene 20 - Ene 22

ARTEMIO ALBERTO PEREZ, 70 años, divorciado, jubilado, oriental, domiciliado en Fco. Simon 2350, y ORQUIDEA BLANCA RIERA, 68 años, divorciada, jubilada, oriental, domiciliada en Fco. Simon 2350.
14) $ 127 3/p 256 Ene 20 - Ene 22

FRANCISCO ELBIO POGGIO, 79 años, viudo, jubilado, oriental, domiciliado en Baltasar Vargas 1291/2, y JUANA SALOME POLONI, 45 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Baltasar Vargas 1291/2.
14) $ 127 3/p 259 Ene 20 - Ene 22

OFICINA No. 8

JOSE LUIS RODRIGUEZ, 30 años, soltero, médico, oriental, domiciliado en Germán Barbato 1398 ap 504, y MARIA JOSE MURO, 29 años, soltera, médico, oriental, domiciliada en Silvestre Blanco 2469.
14) $ 127 3/p 249 Ene 20 - Ene 22

NICOLAS MARTIN RAMA, 24 años, soltero, serigrafista, oriental, domiciliado en Martín García 2357, y SILVINA LOPEZ, 23 años, soltera, desocupada, argentina, domiciliada en Martín García 2357.
14) $ 127 3/p 257 Ene 20 - Ene 22

ALBERTO DANIEL RODRIGUEZ, 29 años, divorciado, empleado, oriental, domiciliado en Martín Berinduague 209 Bis, y MARIA NOEMI ULIAN, 31 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Martín Berinduague 209 Bis.
14) $ 127 3/p 258 Ene 20 - Ene 22

MARIO RODRIGUEZ, 33 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Ramón Estomba 3626/1, y SANDRA LOURDES MOREIRA, 31 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Ramón Estomba 3626/1.
14) $ 127 3/p 287 Ene 20 - Ene 22

OFICINA No. 9

EMILIO WALTER SARAVIA, 26 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Gauchos 4109-5, y MARIELA ALEJANDRA LEON, 27 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Gauchos 4109-5.
14) $ 127 3/p 254 Ene 20 - Ene 22

ALVARO JORGE SANCHEZ, 33 años, soltero, estudiante, oriental, domiciliado en Víctor Hugo No. 1097, y STEPHANE LINNET ROLANDO, 24 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Luis Moro No. 4633.
14) $ 127 3/p 255 Ene 20 - Ene 22

OFICINA No. 10

LEONARDO TELLECHEA, 26 años, soltero, médico, oriental, domiciliado en Mallorca 4415 Bloc K apto 402, y JACQUELIN CORONATO, 26 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Asilo 3694.
14) $ 127 3/p 251 Ene 20 - Ene 22

OSCAR DANIEL OYARZUN, 26 años, soltero, sanitario, oriental, domiciliado en Euskal

Erria 71 block A I apto 302, y ELOISA FAGUNDEZ, 24 años, soltera, maestra, oriental, domiciliada en Guaná 2265.
14) $ 127 3/p 252 Ene 20 - Ene 22

PABLO VICTOR URQUIZO, 29 años, soltero, militar, oriental, domiciliado en Buxareo 1160 apto 702 bis, y MARIA JIMENA DOPAZO, 23 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Abadie Santos 907 apto 802.
14) $ 127 3/p 253 Ene 20 - Ene 22

PABLO VALLEJO, 26 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Mazangano 768, y ROSSANA SILVESTRI, 22 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Mazangano 8?9.
14) $ 127 3/p 260 Ene 20 - Ene 22

FERNANDO VALENTIN, 25 años, soltero, desocupado, oriental, domiciliado en Gral. Hornos 4612, y MARIA YAQUELIN CORTE, 28 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Gral. Hornos 4612.
14) $ 127 3/p 282 Ene 20 - Ene 22

RICHARD WALDEMAR TORRES, 22 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Valvín Vallejo 4087, y ANDREA VIVIANA REINA, 16 años, soltera, labores, oriental, domiciliada en Elcano 3394.
14) $ 127 3/p 288 Ene 20 - Ene 22

JULIO ENRIQUE TECHERA, 40 años, soltero, pintor de coches, oriental, domiciliado en Miguelete 2072/3, y PIER ADRIANA ZIROLLI, 40 años, divorciada, empleada, oriental, domiciliada en Constitucion 2187.
14) $ 127 3/p 289 Ene 20 - Ene 22

CHRISTIAN ANDRES VIGNOLI, 20 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Possolo 3865, y ANNA KARINA BARTEL, 21 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Rancagua 3662.
14) $ 127 3/p 291 Ene 20 - Ene 22

Montevideo, enero 19 de 1999

Cumplimiento de la disposición del artículo 3o. de la ley 9.906 del 30 de diciembre de 1939 de acuerdo con lo que se expresa en dicho artículo debe tenerse muy en cuenta la advertencia que se transcribe que figura en los correspondientes edictos que firman los respectivos Oficiales del Registro Civil.

"En fe de lo cual intimo a los que supieren algún impedimento para el matrimonio proyectado lo denuncie por escrito ante esta Oficina haciendo conocer las causas y lo firme para que sea publicado en el "Diario Oficial" por espacio de ocho días como lo manda la Ley."

Espacio limitado a tres días por la Ley 9.906.

MONTEVIDEO

OFICINA No. 1

JOSE LUIS DURAN, 29 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Juan P. Laguna 3326/3, y KARINA VIVES, 24 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Juan P. Laguna 3326/3.
14) $ 127 3/p 223 Ene 19 - Ene 21

RICHARD AMERICO ARIAS, 28 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Pedro C. Bauzá 4534, y SANDRA YANET TECHERA, 26 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Alberto Susviela Guarch 3558.
14) $ 127 3/p 227 Ene 19 - Ene 21

ATILANO ABELLA, 27 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Chucarro 1217/201, y MARIA LUCIA VIOLA, 24 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Rivera 3116.
14) $ 127 3/p 235 Ene 19 - Ene 21

OFICINA No. 2

OSCAR ALEJANDRO BRASIL, 25 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Argelich 4559, y ANA LAURA LLANO, 21 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Argelich 4559.
14) $ 127 3/p 26 Ene 19 - Ene 21

RICARDO SEBASTIAN BAYARRES, 32 años, soltero, ing. químico, oriental, domiciliado en C. de la Vega 4311, y LUCY ISABEL SARAVIA, 32 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en C. de la Vega 4311.
14) $ 127 3/p 225 Ene 19 - Ene 21

WALTER EULACIO BENITEZ, 70 años, viudo, jubilado, oriental, domiciliado en Aparicio Saravia 2750, y RENEE CASTRO, 60 años, divorciada, jubilada, oriental, domiciliada en Saravia 9998.
14) $ 127 3/p 231 Ene 19 - Ene 21

HEBER DANIEL BARQUET, 25 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Bell 993 bis, y SILVIA PATRICIA DOMINGUEZ, 21 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en J. Batlle y Ordóñez 6482.
14) $ 127 3/p 237 Ene 19 - Ene 21

OFICINA No. 3

MARCELO CARLOS CASTELLI, 30 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Ellauri 914, e IRMA MARIANELA HERNANDEZ, 32 años, soltera, maestra, oriental, domiciliada en Sarandi 006.
14) $ 127 3/p 229 Ene 19 - Ene 21

DIEGO CIRCELLI, 25 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Verdi 4597, y MARIA JOSE FERRUA, 25 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Federico Abadie 2918/1001.
14) $ 127 3/p 233 Ene 19 - Ene 21

FABRICIO DANIEL CARDOZO, 19 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Ruta 1 Km. 11 Paso de la Arena, y YANET GOÇALVEZ, 16 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Miguel De Unamuno 2426 bis.
14) $ 127 3/p 239 Ene 19 - Ene 21

HECTOR MARIA CARRIZO, 32 años, divorciado, empresario, oriental, domiciliado en Santiago Rivas 1697/401, y ROSSANA PINI, 29 años, soltera, arquitecto, oriental, domiciliada en Santiago Rivas 1697/401.
14) $ 127 3/p 245 Ene 19 - Ene 21

OFICINA No. 4

WALTER EDUARDO LARROSA, 20 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Pje. 3/2097, y ANDREA NATALIA LORIENTE, 17 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Pje. 3/2097 (Cerro).
14) $ 127 3/p 228 Ene 19 - Ene 21

NICOLAS FAGGI, 26 años, soltero, ing. agrónomo, oriental, domiciliado en Maggiolo 679, y OFELIA IRIS RISSO, 22 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Paraguay 1139.
14) $ 127 3/p 234 Ene 19 - Ene 21

DACIELO BEIRAMAR FIGUEREDO, 23 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Marín Durán 1114, y LAURA GABRIELA DIAZ, 18 años, soltera, labores, oriental, domiciliada en Marín Durán 1114.
14) $ 127 3/p 247 Ene 19 - Ene 21

GUILLERMO FERREIRA, 33 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Jackson 1230/902, y ROSANA MABEL ACOSTA, 31 años, soltera, docente, oriental, domiciliada en Barcelona 1737.
14) $ 127 3/p 248 Ene 19 - Ene 21

OFICINA No. 5

JOSE EMILIO GHIGLIONI, 25 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Arturo Scarone 4805 bis, y VERONICA FABIANA PIRIZ, 24 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Tte. Rinaldi 3855.
14) $ 127 3/p 219 Ene 19 - Ene 21

EDGARDO GERMAN GONZALEZ, 26 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Carlos María Ramírez 1216, y SILVIA PAVON, 23 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Carlos María Ramírez 1216.
14) $ 127 3/p 224 Ene 19 - Ene 21

FABIAN IBARBURU, 33 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Roque Graseras 627-602, y NATALIA CATALINA TECHERA, 23 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Wilson Ferreira 1224=601.
14) $ 127 3/p 226 Ene 19 - Ene 21

DIEGO GASTELUMENDI, 30 años, soltero, comercio, oriental, domiciliado en Fco Muñoz 3177, y MONICA HEBERLING, 25 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Lzo Pérez 3181=201.
14) $ 127 3/p 230 Ene 19 - Ene 21

LUIS GERARDO GONZALEZ, 22 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Juan Cayetano Molina 178, y ALICIA JANET RODRIGUEZ, 20 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Juan Cayetano Molina 178.
14) $ 127 3/p 236 Ene 19 - Ene 21

ANGEL GABRIEL GOMEZ, 27 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Fco. Muñoz 3154 bis, y ANA ALEJANDRA ORTEGA, 23 años, soltera, empleada, chilena, domiciliada en A. Miranda 2471.
14) $ 127 3/p 238 Ene 19 - Ene 21

FERNANDO MARTIN GIOIA, 24 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Dgo Aramburú 2027, y MARIANA del ROSARIO BUFFA, 21 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Itapúa 2263.
14) $ 127 3/p 240 Ene 19 - Ene 21

RICHARD POUL GALINAT, 21 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Millán 3778-19, y CECILIA NIEVES PASINI, 23 años, soltera, docente, oriental, domiciliada en Waterloo 874.
14) $ 127 3/p 241 Ene 19 - Ene 21

CECILIO GARCIA, 61 años, viudo, contador, oriental, domiciliado en M. Pagola 3126=602, y ZORAIDA MATILDE TOMAS, 50 años, soltera, contadora, oriental, domiciliada en Juan Ortiz 3155 A=706.
14) $ 127 3/p 242 Ene 19 - Ene 21

LUIS DANIEL GONZALEZ, 34 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Possolo 3924, y NANCY ANNABEL LORENTE, 38 años, soltera, médico, oriental, domiciliada en Possolo 3860.
14) $ 127 3/p 243 Ene 19 - Ene 21

OFICINA No. 7

JORGE LUIS PRATES, 24 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Tillaut 1473, y GIMENA DEL PILAR ARIAS, 20 años, soltera, empleada, oriental.
14) $ 127 3/p 217 Ene 19 - Ene 21

MARCELO FABIAN PIRIZ, 22 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Euskal Erria 71 Block AE/602, y SILVANA LILIAN FERREIRA, 17 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Enrique Chiancone 4679.
14) $ 127 3/p 221 Ene 19 - Ene 21

ANRI JAVIER PIZARRO, 23 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Arequita 2274/1, y MARIA JOSE OMENTO, 21 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Las Tortolitas 6460.
14) $ 127 3/p 246 Ene 19 - Ene 21

OFICINA No. 8

PABLO ANDRES ROMAN, 17 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Ideario Artiguista 1730, y NATALIA PAOLA MADRUGA, 15 años, soltera, labores, oriental, domiciliada en El Chasque 7196.
14) $ 127 3/p 218 Ene 19 - Ene 21

JULIO RAFAEL ZEBALLOS, 28 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Ayacucho 3484, y GABRIELA SUSANA RODDA, 32 años, soltera, escribana, oriental, domiciliada en Minuanes 3367.
14) $ 127 3/p 222 Ene 19 - Ene 21

JOSE RAMON ZAICOVICH, 39 años, divorciado, empleado, oriental, domiciliado en Ibirapitá 2726 ap 203, y LOURDES FABIANA BENTANCOR, 25 años, soltera, técnico en administración, oriental, domiciliada en Matto Grosso 5631.
14) $ 127 3/p 232 Ene 19 - Ene 21

OFICINA No. 9

VICTOR ALBERTO SILVA, 24 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Carlos Solé 3229, y JACQUELIN ELIANA BRANCA, 31 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Galicia 1376/709.
14) $ 127 3/p 77 Ene 19 - Ene 21

OFICINA No. 10

MILTON PABLO TORRES, 32 años, soltero, ingeniero industrial, oriental, domiciliado en 8 de Octubre 2688, y MARIA BEATRIZ CAMELO, 30 años, soltera, bancaria, oriental, domiciliada en Rambla República de México 5795.
14) $ 127 3/p 220 Ene 19 - Ene 21

JUAN CARLOS TRINIDAD, 62 años, viudo, empleado, oriental, domiciliado en Cno Carrasco 4680-201, y MIRIAM GINARES, 60 años, divorciada, oriental, domiciliada en Cno. Carrasco 4680-201.
14) $ 127 3/p 244 Ene 19 - Ene 21



BIBLIOTECA NACIONAL

REGISTRO DE DERECHOS DE AUTOR

CATALINA RUMI, solicita la inscripción de la obra titulada "HIMNO DEL CLUB ARMONIA", de la cual es autora. Montevideo 12 de enero de 1999 LUIS A. MUSSO AMBROSI, DIRECTOR GENERAL.
17) $ 420 10/p 10447 Ene 19 - Feb 01

EDGAR JESUS VARELA MENDEZ, solicita la inscripción de la obra titulada "ESTUDIOS DE DERECHO DE ARRENDAMIENTOS URBANOS" - VOL. III, de la cual es autor. Montevideo 23 de diciembre de 1998. LUIS A. MUSSO AMBROSI, DIRECTOR GENERAL.
17) $ 630 10/p 10113 Ene 11 - Ene 22

ENRICO LICCIARDI solicita la inscripción de la Obra titulada "PRINCIPIO QUIEREN LAS COSAS", de la cual es Autor. Montevideo 28 de Diciembre de 1998. LUIS A. MUSSO AMBROSI, DIRECTOR GENERAL.
17) $ 420 10/p 10022 Ene 08 - Ene 21

IRIS RAQUEL PEÑA, solicita la inscripción de la obra titulada "LOS TIEMPOS DE LA FE", de la cual es autora.
Montevideo 13 de enero de 1998 LUIS A. MUSSO AMBROSI, DIRECTOR GENERAL.
17) $ 420 10/p 10355 Ene 15 - Ene 28

ISABEL LASHERAS, solicita la inscripción de la obra titulada "TRES VINCULOS SIN UN PARIENTE", de la cual es autora. Montevideo 15 de enero de 1999. LUIS A. MUSSO AMBROSI, DIRECTOR GENERAL.
17) $ 420 10/p 10446 Ene 19 - Feb 01

JUAN A. VARESE, solicita la inscripción de la obra titulada "POSTALES DEL CANDOMBE", de la cual se declara autor, siendo las ilustraciones del Sr. Ruben Galloza. Montevideo 22 Diciembre 1998 LUIS A. MUSSO AMBROSI, Director General.
17) $ 420 10/p 10538 Ene 20 - Feb 02

JUAN PABLO VIEIRA, solicita la inscripción del Juego de Mesa titulado "EL GOBERNADOR PLANETARIO", del cual es autor. Montevideo 12 de enero de 1999. LUIS A. MUSSO AMBROSI, DIRECTOR GENERAL.
17) $ 420 10/p 10301 Ene 14 - Ene 27

MARIA ALEJANDRA LEMES, solicita la inscripción de la obra titulada "GARGOLAS Y MARIPOSAS", de la cual es autora. Montevideo 12 de enero de 1999. LUIS A. MUSSO AMBROSI DIRECTOR GENERAL.
17) $ 420 10/p 10279 Ene 14 - Ene 27

MIGUEL GIMENEZ FRANCO solicita la inscripción del Programa Software denominado "CARGOIMP" del cual se declara Autor. Montevideo 30 de Diciembre de 1998. LUIS A. MUSSO AMBROSI, DIRECTOR GENERAL.
17) $ 420 10/p 10067 Ene 08 - Ene 21

NILDA FRENKIEL, solicita la inscripción de la REVISTA "MATICES", de la que se declara Coordinadora General, siendo editora y propietaria A.P.P.U. Montevideo 15 de Enero de 1999. LUIS A. MUSSO AMBROSI, DIRECTOR GENERAL.
17) $ 420 10/p 10452 Ene 19 - Feb 01

RUBEN JARA solicita la inscripción de la obra titulada "MIS NOCHES", de la cual es autor.
Montevideo 11 de enero de 1999
LUIS A. MUSSO AMBROSI, DIRECTOR GENERAL.
17) $ 420 10/p 10274 Ene 13 - Ene 26

SUSANA BRAGAÑA y MARIA DEL HUERTO NARI, solicita la inscripción de la obra titulada "FASCICULOS DE AUTOAPRENDIZAJE: UNA CONTRIBUCION PARA LA FORMACION PEDAGOGICA DEL DOCENTE", de la cual son autoras conjuntamente con RAQUEL PALUMBO, LUISA SARAVIA, ALICIA PEREZ, SANDRA CARBAJAL, ANA IBAÑEZ y ELSA GATTI. Montevideo 16 de diciembre de 1998 LUIS A. MUSSO AMBROSI DIRECTOR GENERAL.
17) $ 840 10/p 10203 Ene 12 - Ene 25

VICTOR HUGO BERNASCONI, solicita la inscripción de la obra titulada "UN DIA DE MI VIDA", de la cual es autor.
Montevideo 5 de enero de 1999
LUIS A. MUSSO AMBROSI, DIRECTOR GENERAL.
17) $ 420 10/p 10441 Ene 18 - Ene 29

TRAMITES DE PATENTES DE INVENCION Y PRIVILEGIOS INDUSTRIALES

MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGIA Y MINERIA

CENTRO NACIONAL DE LA PROPIEDAD INDUSTRIAL

Montevideo, 16 de julio de 1998. ACTA 25097 NORMAN A. FOX por Akzo Nobel N.V. Solicita Patente de Invención sobre: "PROCESO PARA LA PRODUCCION DE HEPARINA" Reivindicando Prioridad EUROPEA Acta No. 97202213.1 solicitada el 16/7/97 De acuerdo con la Ley No. 10.089, se ordena esta publicación.
24) $ 945 10/p 10111 Ene 11 - Ene 22

Montevideo, 17 de julio de 1998.- ACTA 25104 BILLY H. FOX, por COSMA INTERNATIONAL INC. (CANADA) Solicita Patente de Invención sobre: "PROCEDIMIENTO DE HIDROFORMADO PARA UNA PIEZA TUBULAR QUE TIENE UNA SECCION TUBULAR OVAL" Reivindicando Prioridad solicitud Estadounidense Acta No. 60/053.060 fecha de Sol. 18/7/97.- De acuerdo con la Ley No. 10.089, se ordena esta Publicación.
24) $ 1.260 10/p 10112 Ene 11 - Ene 22

ACTA 25107 Montevideo, 21 de julio de 1998.- NORMAN A. FOX, por BG plc (GRAN BRETAÑA) Solicita Patente de Invención sobre: "MEDICION DE LA DENSIDAD RELATIVA DE UN GAS" Reivindicando Prioridad solicitud del Reino Unido Acta No. 97 15448.8 fecha de Sol. 22/7/97.- De acuerdo con la Ley No. 10.089, se ordena esta Publicación.
24) $ 1.260 10/p 10306 Ene 15 - Ene 28

ACTA 3088 Montevideo, 21 de julio de 1998 NORMAN A. FOX por COLGATE-PALMOLIVE COMPANY (USA) solicita Modelo Industrial sobre: "DISPENSADOR" Reivindicando prioridad solicitud estaounidense Acta No. 29/082.399 solicitada el 21/1/98 De acuerdo con la Ley No. 14.549, se ordena esta publicación.
24) $ 945 10/p 10307 Ene 15 - Ene 28

ACTA 3087 Montevideo, 21 de julio de 1998 NORMAN A. FOX por COLGATE-PALMOLIVE COMPANY (USA) solicita Modelo Industrial sobre: "DISPENSADOR" Reivindicando prioridad solicitud estadounidense Acta No. 29/082.390 solicitada el 21/1/98 De acuerdo con la Ley No. 14.549, se ordena esta publicación.
24) $ 945 10/p 10308 Ene 15 - Ene 28

Acta Nº U 3618 Montevideo 1 de Julio de 1998 con esta fecha, Luis Achard Algorta de Uruguay solicita patente de Modelo Utilidad para YERBERA NUTRIA (DISPENSADOR DE YERBA. y de acuerdo con la Ley Nº 14.549, se ordena esta publicación.
LA DIRECCION.
24) $ 945 10/p 45367 Ene 08 - Ene 21

VENTA DE COMERCIOS

Ley 26/9/904. HUGO GARCIA MENENDEZ y sucesores de TERESA DELIA TESSA, (Héctor, Graciela y Gabriela GARCIA TESSA), cedieron promesa a VIMERAL S.A., "Farmacia Cáceres" sita en Bulevar España 2941, Montevideo, Acreedores en Bulevar España 2941, Montevideo.
25) $ 1.680 20/p 10293 Ene 14 - Feb 10

Ley 26/9/904. HORACIO JUSTO VARELA LADO y ELOISA GRACIELA QUEIRUGA BERNINI, prometieron vender a Hugo García Menéndez, "Farmacia Cáceres" sita en Bulevar España 2941, Montevideo, Acreedores en Bulevar España 2941, Montevideo.
25) $ 1.680 20/p 10294 Ene 14 - Feb 10

Ley 26/09/1904
Promesa de Compraventa: 1/12/1998, Inscripción Reg. Nac. Com., 17/12/1998, No. 329, Fo. 370, Lo. 5.-
PROMITENTE VENDEDOR: "MARIEN S.R.L."
PROMITENTE COMPRADOR: "K Y F. S.R.L."
COMERCIO: FARMACIA AMBAR, Avda. Pérez Buttler e Interbalnearia. El Pinar.-
ACREEDORES: Presentarse en Comercio.
25) $ 2.520 20/p 10453 Ene 19 - Feb 17

LEY 1904. ALBA NUÑEZ ALVAREZ, prometió vender a MARGOT TORENA "FARMACIA DEL SARANDI" sita en Aztiazarán 550, Sarandi del Yí. Acreedores allí.
25) $ 1.680 20/p 44841 Dic 22 - Ene 22

LEY 26.9.904

Alba Fernandez prometí vender el establecimiento comercial "Salón la Buena Suerte" sito en la calle Canelones 1649, Montevideo, a Liria Olsson. Acreedores en la calle Canelones 1649.
25) $ 1.680 20/p 45272 Dic 29 - Ene 28

LEY 26 SETIEMBRE 1904. MARIA SUSANA ALARCON BOUZOUT promete vender a Myriam Raquel Vázquez Rosa y Gabriela González Rodríguez "Salon Aguilar" sito en General Aguilar 1144. Acreedores allí.
25) $ 1.680 20/p 45273 Dic 29 - Ene 28

LEY 26 SETIEMBRE 1904. JULIO FORTES GUNTIN, MARIA GOMEZ VIDAL y MERO LIMITADA prometieron vender y cedieron a Alfredo Valdez Mattos, carnicería

sita en Andres Spikerman No. 3951. Acreedores allí.
25) $ 1.680 20/p 45274 Dic 29 - Ene 28

Ley 26/09/1904
FARINEL S.A. promete vender a SUDY LEVER S.A., comercio en el ramo de fabricación, producción y envasado de helados, ubicado en Molinos de Raffo Nº 728. Acreedores: dirigirse a Treinta y Tres 1269.
25) $ 2.520 20/p 45457 Ene 04 - Feb 02

LEY 2.904 26/09/04.- Prometimos vender a FERNANDO SILVA ALVAREZ comercio salón "CASUPA" sito en Víctor Haedo 2053. Acreedores presentarse en 21 de Setiembre 2819/901. MARTHA SUSANA SANTANDREU URRISTE - CARLOS HEBERT POMMERENCK BRAVO.
25) $ 1.680 20/p 45520 Ene 04 - Feb 02

VARIOS

MONTEVIDEO

MINISTERIOS

MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PUBLICAS

DIRECCION NACIONAL DE HIDROGRAFIA.

Se comunica que se ha presentado en esta Dirección Nacional una solicitud de Timoteo Aparicio Saravia Fagalde para aprobar un represamiento que embalsará las aguas de una Cañada sin nombre, tributaria del Arroyo Coronilla, en la cuenca del río Negro, con destino al riego de cultivos de arroz. El dique de la represa se ubicará sobre el padrón No. 3609, s·· embalse afecta a parte del mismo padrón de la 8 a. Sección Judicial del Departamento de Rivera.- Se cita a todos aquellos que tuvieren interés a una Audiencia Pública a efectuarse en las condiciones establecidas en el Art. 177 del Código de Aguas, el día 24 de Febrero de 1999 a las 11 horas en la oficina de la Dirección Nacional de Hidrografía en la ciudad de Río Branco, sita en la calle Felipe Ferreiro 409, de dicha ciudad.- Ing. Agr. RAFAEL ROBATTO, JEFE REGIONAL CERRO LARGO.
27) $ 1.008 3/p 10445 Ene 19 - Ene 21

DIRECCION NACIONAL DE HIDROGRAFIA

Se comunica que se ha presentado en esta Dirección Nacional una solicitud de CAMPODONEL S.A. para aprobar un represamiento que embalsará las aguas de la Cañada los Mongoles, afluente del Río Negro, en la cuenca del río Negro, con destino al riego de cultivos de arroz. El dique de la represa se ubicará sobre los padrones Nos. 8598 y 8602, su embalse afecta a parte de los padrones Nos. 8598, 8602 y 2695, todos de la 8va. Sección Judicial del Departamento de Rivera.- Se cita a todos aquellos que tuvieren interés a una Audiencia Pública a efectuarse en las condiciones establecidas en el Art. 177 del Código de Aguas, el día 12 de Febrero de 1999 a las 12 horas en la oficina de la Dirección Nacional de Hidrografía en la ciudad de Río Branco, sita en la calle Felipe Ferreiro 409, de dicha ciudad. Ing. Agr. RAFAEL ROBATTO, JEFE REGIONAL CERRO LARGO.
27) $ 1.008 3/p 10550 Ene 20 - Ene 22

BANCOS

Banco de Prevision Social prestaciones Activos Agencia Pan de Azúcar poene en conocimiento a la empresa N 3307377 perteneciente a Carin COSTABILE NEVES que posee una deuda mutual por baja fuera de fecha de $ 458,33 pesos uruguayos.=
Se le informa que posee un plazo de 10 días hábiles a partir de esta publicación para presentar descargos correspondientes en esta oficina.=

El Bacno de Previsión Social Prestaciones Activos Agencia Pan de Azúcar pone en conocimiento de la empresa N! 3307510 perteneciente a Virginia Pugliese que posee una deuda mutual por baja fuera de plazo de $ 2.726,16 pesos uruguayos.=
Se le informa que posee un plazo de 10 días hábiles a partir de esta publicación para presentar los descargos correspondientes.=

El Banco de Previsión Social Prestaciones Activos Agencia Pan de Azúcar pone en conocimiento de la empresa Nº 3280800 de Dermindijian Gharddjia que posee una deuda mutual por baja fuera de Plazo de $ 458,33.-
Se le informa que posee un plazo de 10 días hábiles a partir de esta publicación para presentar los descargos correspondientes en esta oficina.=

El Banco de Previsión Social Prestaciones Activos Agencia Pan de Azúcar pone en conocimiento de la empresa Nº 102502 perteneciente a Herma CABRERA FERRARO que posee una deuda mutual por baja fuera de plazo de $ 458,33.=
Se le informa que posee un plazo de 10 días hábiles a partir de esta publicación para presentar los descargos correspondientes en esta oficina.

El Banco de Previsión Social Prestaciones Activos Agencia Pan de Azúcar pone en conocimiento de la empresa Nº 3801195 de Lorenzi PANZA MYRK que posee una deuda mutual por baja fuera de plazo de $ 20.329,57.=
Se le informa que posee un plazo de 10 días hábiles a partir de esta publicación para presentar los descargos correspondientes.-

El Banco de Previsión Social Prestaciones Activos Agencia Pan de Azúcar pone en conocimiento de la empresa Nº 3305316 de RIDEL LTDA que posee una deuda mutual de $ 1.339,26.=
Se le informa que posee un plazo de 10 días hábiles a partir de la publicación para presentar '. s descargos correspondientes en esta oficina.=

El Banco de Previsión Social Prestaciones Activos Agencia Pan de Azúcar, pone en conocimiento de la empresa Nº 3307475 de Romero MARTINEZ que posee un deuda mutual por baja fuera de plazo de $ 4.001,42.=
Se le informa que posee un plazo de 10 días hábiles a partir de esta publicación para presentar los descargos correspondientes en esta Agencia.
27) (Cta. Cte.) 3/p 50118 Ene 19 - Ene 21

A.N.E.P.

ADMINISTRACION NACIONAL DE EDUCACION PUBLICA

EI 'CTO: Notifícase a Aníbal Fermín Dellapiazza Casaballe (C.I. 1.819.779-6) que la Dirección General del Consejo de Educación Técnico Profesional con fecha 14/12/98 resolvió instruirle sumario administrativo por presunto abandono de cargo con retención total de haberes (Exp 3671/98). A esos efectos emplazo a usted a concurrir al local de esta División (San Salvador 1674 Of. 8) dentro del tercer día hábil siguiente al de la última publicación a fin de declarar en el expediente y manifestar su intención de cumplir con sus obligaciones funcionales o aducir motivos fundados para no hacerlo, bajo apercibimiento de tenérsele por renunciante.
Proc. Elena Solsona. DIVISION JURIDICA.
27) (Cta. Cte.) 3/p 50117 Ene 19 - Ene 21

JUZGADO LETRADO DE FAMILIA

DECIMOCTAVO TURNO

EDICTOS. En los autos tramitados ante este Juzgado Letrado de Familia de Décimo Octavo Turno, caratulados: "USLENGHI FLEITAS EMA BEATRIZ POR SI Y EN REPRESENTACION OFICIOSA DE: USLENGHI FLEITAS JAVIER MARIA. POSESION NOTORIA DE ESTADO CIVIL DE HIJOS NATURALES.", Ficha 410/95S1/98/A, se cita, llama y emplaza a los eventuales sucesores de Felipa Penta FLEITAS DE LOS SANTOS, por el término de NOVENTA días, a que comparezcan a estar a derecho en estos autos, bajo apercibimiento de designárseles Defensor de Oficio. Se habilita la Feria Judicial Mayor a los efec-

tos de la publicación. Montevideo, 24 de diciembre de 1999. Ma. del C. CABRERA ROBAINA, ACTUARIA ADJUNTA.
27) $ 1.080 10/p 10548 Ene 20 - Feb 02

CONVOCATORIAS

U.C.O.T. UNION COOPERATIVA OBRERA DEL TRANSPORTE

ASAMBLEA GENERAL

EXTRAORDINARIA

Por este medio se convoca a los socios de la UNION COOPERATIVA OBRERA DEL TRANSPORTE (U.C.O.T.); a la ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA que se llevará a cabo el próximo 31 de enero de 1999 a la hora 0,30 en el local del Sindicato de FUNSA, sito en la Av. 8 de Octubre 4509
EL ORDEN DEL DIA será el siguiente:
1- Informe de la situación económico-financiera de la Cooperativa al 31 de enero de 1999.
2- Informe de las inversiones realizadas en el ejercicio 1997/1999.
3- Designar dos socios para firmar el acta.
CONSEJO DIRECTIVO 13/01/99.
27) $ 756 3/p 10477 Ene 20 - Ene 22

VARIOS

Constitución de Bien de Familia

Otorgamiento "Mdeo, 7/12/1998
Beneficiarios: Ohannes Karakoussian Demirdjian y Manushag Itutmazian Derderian
Bien: Padrón 80.283/1106/D, Mdeo 14 sec. jud.
Registro: No. 46.710, el 8/12/1998
Tasación BHU UR 3.646.
27) (Cta. Cte.) 10/p 50050 Ene 12 - Ene 25

BIEN DE FAMILIA

CONSTITUYENTES: MANUEL RIOBO GARCIA
ANTONIA SOUTO MAROÑO
BENEFICIARIOS: MANUEL RIOBO GARCIA
ANTONIA SOUTO MAROÑO
PADRON URBANO: 182.610
UBICACION: Localidad Catastral Montevideo, con frente a calle Francisco del Puerto Nº 3802.-
LUGAR Y FECHA DE OTORGAMIENTO: Montevideo, 8/12/1998
INSCRIPCION REGISTRO DE LA PROPIEDAD INMUEBLE DE MONTEVIDEO: Nº 46.858 el 9/12/1998.-
TASACION B.H.U.: U.R. 3.979 del 2/12/1998.
27) (Cta. Cte.) 10/p 50106 Ene 18 - Ene 29

CANELONES

INTENDENCIA MUNICIPAL DE CANELONES

Canelones, 1 de diciembre de 1998.
ASESORIA JURIDICO NOTARIAL
DEPTO. ASUNTOS LEGALES.
Se pone en conocimiento de todos los interesados que el Gobierno Departamental de Canelones dispondrá el cerramiento del Camino Vecinal, continuación de Ruta 82, que cruza la Ruta 11, el cual atraviesa los predios propiedad de CALPRYCA (art. 70 del Código Rural - Expediente A.209.635)".
27) (Cta. Cte.) 30/p 76479 Dic 14 - Ene 28

COLONIA

JUZGADO LETRADO DE PRIMERA INSTANCIA SEGUNDO TURNO

EDICTO: POR DISPOSICION DE LA SRA: JUEZ LTDA. DE 1era. INST. DE 2do. TURNO DE COLONIA, DICTADA EN AUTOS: "SACRAMENTO S.R.L. "CONCORDATO PREVENTIVO JUDICIAL", FICHA A/546/1998", Y DE ACUERDO CON EL ART. 1532 DEL C. DE COMERCIO CONVOCASE A TODOS LOS ACREEDORES QUE SE CONSIDEREN CON DERECHOS EN ESTE EXPEDIENTE A LA JUNTA QUE TENDRA LUGAR EN ESTA SEDE EL DIA 3 DE MARZO DE 1999, A LAS 10 Hs. ASIMISMO SE PREVIENE QUE EL BALANCE Y DEMAS DOCUMENTOS PRESENTADOS POR EL DEUDOR ASI COMO EL INFORME DEL CONTADOR, UNA VEZ PRODUCIDO, PUEDEN SER EXAMINADOS EN LA OFICINA. DENTRO DEL PLAZO DE 20 DIAS PODRAN LOS ACREEDORES HACER LAS OBSERVACIONES RESPECTO DE LA VERDAD Y CANTIDAD DE LOS CREDITOS PASIVOS DECLARADOS POR EL DEUDOR, (Arts. 1532 -in fine, 1533 C. Comerciio). HABILITASE LA FERIA JUDICIAL MAYOR PARA LAS PUBLICACIONES DEL PRESENTE EDICTO. COLONIA, 14 de DICIEMBRE de 1998.
Esc. Julio UMPIERREZ, ACTUARIO Adjunto.
27) $ 1.800 10/p 10443 Ene 19 - Feb 01

MALDONADO

JUZGADO LETRADO DE PRIMERA INSTANCIA DE QUINTO TURNO

EDICTO: Por disposición de la Sra. Juez Letrado de Primera Instancia de Quinto Turno de Maldonado, dictado en los autos caratulados: PREMIFAL S.A. CONCORDATO PREVENTIVO JUDICIAL. FA. 252/98, por auto Nro. 2790/98, de fecha 24 de diciembre de 1998, se cita a la Junta de Acreedores (art. 460 C.G.P.), señalándose para la realización de la misma el día 2 de junio de 1999 a las 14 y 30 horas, en esta Sede, sita en 25 de mayo y 18 de julio, primer piso, Maldonado.
SE PREVIENE. Que se deberá de concurrir a la Junta con los justificativos de sus créditos, bajo apercibimiento de no admitírseles en ella, y se les prevendrá asimismo, que la Junta se resolverá con los que concurran, y quienes comparezcan después de celebrada la misma, tomarán el Concordato en el estado en que se halle. (art. 457.2 C.G.P.). Maldonado, 29 de diciembre de 1998. Y a los efectos legales, se realizan las presentes pubicaciones, habilitándose la Feria Mayor a los efectos de su cumplimiento. Esc. Eduardo Chanes Quintana, ACTUARIO ADJUNTO.
27) $ 1.800 10/p 10335 Ene 15 - Ene 28

ESTATUTOS Y BALANCES DE SOCIEDADES ANONIMAS

MIGUELETE S.A.

Artículos 290 - 294 - 362 Ley 16.060

Se informa que la Asamblea Extraordinaria de Accionistas celebrada el 23 de diciembre 1998 resolvió reducir el capital social en la suma de $ 13.500.
La documentación correspondiente estará a disposición de los interesados en Zabala 1379 Piso 5 Oficina 21, en horario de oficina.
28) $ 7.410 10/p 10061 Ene 08 - Ene 21

RELDIR S.A.

(Art. 362 Ley 16.060).
Asamblea accionistas del 31.12.98, resolvió plazo hasta 31.12.2098, ampliar objeto con industrialización, comercialización diferentes ramos y aumento de capital a $ 7.000.000.
Directorio.
28) $ 4.940 10/p 10090 Ene 11 - Ene 22



REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

TOCAF 1996

Texto Ordenado de Contabilidad y Administración Financiera y Normas Concordantes y Complementarias

CONCORDADO

DECRETO 194/997 del 10/06/97







DIRECCION NACIONAL DE IMPRESIONES Y PUBLICACIONES OFICIALES

Florida 1178 - Montevideo Uruguay - **Teléfonos:** 908 50 42 - 908 51 80 - 908 52 76 - 908 49 23
Internet: www.impo.com.uy - **E-mail:**impo@impo.com.uy

AVISOS DEL DIA

CONVOCATORIAS COMERCIALES

CASA DE GALICIA
CONVOCATORIA
ASAMBLEA REPRESENTATIVA ORDINARIA

Se convoca a los señores Representantes, Titulares a la Sesión de la Asamblea Representativa Ordinaria a celebrarse el próximo día 27 de enero de 1999 en el local de la Avda. 18 de Julio 1471 B 1er. piso a las 19:30 horas en primera convocatoria, y a la hora 20:00 en segunda citación.

El Orden del Día a tratarse será el siguiente:

1°) Lectura de la Convocatoria;
2°) Lectura y Consideración del Acta Anterior;
3°) Memoria y Balance del Ejercicio 01/10/97 - 30/09/98.
4°) Presupuesto General de Recursos y Gastos correspondientes al Ejercicio 01/10/98 - 30/09/99.

03) $ 252 1/p 10566 Ene 21- Ene 21 (0001)

EMPLAZAMIENTOS

MONTEVIDEO
ENTES

ANTEL
Administración Nacional de Telecomunicaciones

Emplazamiento al titular del servicio telefónico número 9241121 habilitado en Cuareim 1844. Deberá presentarse en centro comercial de ANTEL por trámite de traspaso iniciado por actual usuario. Plazo 30 días calendario.

08) $ 252 3/p 10411 Ene 21- Ene 25 (0002)

LICITACIONES PUBLICAS

MONTEVIDEO
INTENDENCIA MUNICIPAL DE MONTEVIDEO

SERVICIO DE COMPRAS
LICITACION PUBLICA Nº 20.934

OBJETO: DEMARCACION DEL PAVIMENTO CON PINTURA TERMOPLASTICA
FECHA DE APERTURA: 18 DE FEBRERO DE 1999 HORA 14.00
RECAUDOS: Los pliegos de condiciones se encuentran a disposición de los interesados en el Servicio de Compras ubicado en el Sector Santiago de Chile del Palacio Municipal con acceso sobre la Avda. 18 de Julio, los días hábiles en el horario de 13 y 15 a 18 y 30 horas, al precio de $ 2.750 PESOS (dos mil setecientos cincuenta pesos)
REPARTICION SOLICITANTE: INGENIERIA DE TRANSITO.

12) (Cta. Cte.) 1/p 50126 Ene 21- Ene 21 (0003)

MALDONADO

INTENDENCIA MUNICIPAL DE MALDONADO

LICITACION PUBLICA No.: 2/99

OBJETO: CONSTRUCCION DEL EDIFICIO PARA EL DESTACAMENTO POLICIAL Y PLAZA ANEXA EN EL BARRIO CERRO PELADO.
APERTURA: La apertura y recepción de ofertas se realizará el 18 de FEBRERO de 1999
HORA 10:00

Los Pliegos de Condiciones podrán ser adquiridos por la suma de $ 2.000= en la Dirección de Adquisiciones de la Int. Mpal. de Maldonado de lunes a viernes en el horario de 08:10 a 1350.

Informes en la Dirección de Adquisiciones 2do Piso Sector "B"
Intendencia Municipal de Maldonado
Teléfono (042) 2.40.10
Fax (042) 2.19.30

Maldonado, 19 de enero 1999.

12) (Cta. Cte.) 1/p 50135 Ene 21- Ene 21 (0004)

EDICTOS MATRIMONIALES

Montevideo, enero 21 de 1999

Cumplimiento de la disposición del artículo 3o. de la ley 9.906 del 30 de diciembre de 1939 de acuerdo con lo que se expresa en dicho artículo debe tenerse muy en cuenta la advertencia que se transcribe que figura en los correspondientes edictos que firman los respectivos Oficiales del Registro Civil. "En fe de lo cual intimo a los que supieren algún impedimento para el matrimonio proyectado lo denuncie por escrito ante esta Oficina haciendo conocer las causas y lo firme para que sea publicado en el "Diario Oficial" por espacio de ocho días como lo manda la Ley."
Espacio limitado a tres días por la Ley 9.906.

MONTEVIDEO
OFICINA No. 2

PABLO BALDIZAN, 26 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Libertador 1708/1201, y MARIANA PATRICIA ANTELO, 25 años, soltera, Téc. gastronómica, oriental, domiciliada en Martí 3315/102.
14) $ 127 3/p 314 Ene 21- Ene 25 (0005)

PABLO JORGE BRITES, 22 años, soltero, empleado, argentino C/N, domiciliado en Matilde Pacheco 4338, y MONICA RAQUEL BERNARDI, 20 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en 8 de Octubre 2917.
14) $ 127 3/p 316 Ene 21- Ene 25 (0006)

JUAN JOSE BAGNADO, 33 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Concordia 4212, y MARIELA PALLARES, 29 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Heredia 4286.
14) $ 127 3/p 319 Ene 21- Ene 25 (0007)

OFICINA No. 4

JORGE RODNEY LAPENNE, 28 años, divorciado, comerciante, oriental, domiciliado en Agraciada 2909, y ANDREA BEATRIZ LAPORTA, 28 años, soltera, periodista, oriental, domiciliada en L. A. de Herrera 2868/1003.
14) $ 127 3/p 297 Ene 21- Ene 25 (0008)

ROBERT LEONEL FILGUEIRA, 25 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en José Llupes 4419, y CLAUDIA JANETH PINTOS, 23 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Cno. Andaluz Km. 3200.
14) $ 127 3/p 312 Ene 21- Ene 25 (0009)

DANIEL ORLANDO LOPES, 27 años, soltero, analista, oriental, domiciliado en Talcahuano 3581, y ANDREA ZULEMA APHESTEGUY, 27 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Talcahuano 3581.
14) $ 127 3/p 313 Ene 21- Ene 25 (0010)

VICTOR MANUEL LINARIS, 22 años, soltero, comerciante, oriental, domiciliado en Burdeos 2103, y SILVANA ANALIA GUTIERREZ, 23 años, soltera, labores, oriental, domiciliada en Burdeos 2103.
14) $ 127 3/p 318 Ene 21- Ene 25 (0011)

OFICINA No. 5

ALVARO WALTER ICARDI, 30 años, divor-

ciado, empleado, oriental, domiciliado en 2 de Mayo 1432 A/9, y LAURA MARLENE VERA, 21 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en 2 de Mayo 1432 A/9.
14) $ 127 3/p 315 Ene 21- Ene 25 (0012)

OFICINA No. 6

OSCAR GABRIEL MOTTA, 27 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Eusebio Cabral 4196, y GABRIELA GIMENA FASCIOLO, 26 años, divorciada, empleada, oriental, domiciliada en Eusebio Cabral 4196.
14) $ 127 3/p 298 Ene 21- Ene 25 (0013)

GONZALO EMDEN MERCADER, 29 años, soltero, técnico en computación, oriental, domiciliado en Roque Graseras 640/704, y SILVIA ROSARIO MOTTA, 28 años, soltera, ingeniero en computación, oriental, domiciliada en Roque Graseras 640/704.
14) $ 127 3/p 303 Ene 21- Ene 25 (0014)

DANIEL OMAR MOROSIN, 25 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Maldonado 1591/9, y ANA LAURA MANTRANA, 25 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Maldonado 1591/9.
14) $ 127 3/p 308 Ene 21- Ene 25 (0015)

ANIBAL CESAR MARTINEZ, 49 años, divorciado, jubilado, oriental, domiciliado en Pje. Luis Tróccoli 4002, y SUSANA DIAZ, 46 años, soltera, labores, oriental, domiciliada en Luis Tróccoli 4002.
14) $ 127 3/p 310 Ene 21- Ene 25 (0016)

OFICINA No. 7

HECTOR PITTAMIGLIO, 72 años, viudo, jubilado, oriental, domiciliado en Palmar 2186, y ROQUELINA DOROTEA HERNANDEZ, 87 años, viuda, jubilada, oriental, domiciliada en Palmar 2186.
14) $ 127 3/p 305 Ene 21- Ene 25 (0017)

OFICINA No. 8

AUGUSTO RODRIGUEZ, 19 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Nicaragua 1994, y LETICIA VIVIANA ANDRADE, 19 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Carlos Anaya 2911.
14) $ 127 3/p 301 Ene 21- Ene 25 (0018)

JORGE ARIEL RODRIGUEZ, 38 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Dr. Carlos Ma. Pena 4924 Bis, y MARIA ISABEL LEMA, 34 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Dr. Carlos Ma. de Pena 4924 Bis.
14) $ 127 3/p 306 Ene 21- Ene 25 (0019)

CARLOS MIGUEL WILLENGTON, 66 años, divorciado, jubilado, oriental, domiciliado en Rosalía de Castro 1079, y MARIA DOLORES GONZALEZ, 53 años, viuda, empleada, oriental, domiciliada en Rosalía de Castro 1079.
14) $ 127 3/p 323 Ene 21- Ene 25 (0020)

OFICINA No. 9

NELSON ALBERTO SANCHEZ, 39 años, soltero, comerciante, oriental, domiciliado en Veracierto 2734, y MARIA ELIZABETH FRANCIA, 32 años, soltera, educadora, oriental, domiciliada en Manuel Calleros 4884.
14) $ 127 3/p 300 Ene 21- Ene 25 (0021)

PEDRO DANIEL STRUYA, 29 años, soltero, mecánico tornero, oriental, domiciliado en Los Cipreses 5626, y JACQUELINE MARGOT SAUSA, 22 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Los Cipreses 5626.
14) $ 127 3/p 307 Ene 21- Ene 25 (0022)

YAMANDU HUGO SILVA, 51 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Carlos Tellier 4916-BIS, y TERESITA ELENA MARTINEZ, 37 años, soltera, labores, oriental, domiciliada en Carlos Tellier 4916 bis.
14) $ 127 3/p 311 Ene 21- Ene 25 (0023)

MARCELO EDUARDO SILVA, 23 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Sarandí 183/1, y ELENA MARCELA PAREYRA, 20 años, soltera, labores, oriental, domiciliada en Sarandí 183-1.
14) $ 127 3/p 317 Ene 21- Ene 25 (0024)

OFICINA No. 10

JOSE PEDRO TERRA, 26 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Daniel Muñoz 2047, y LILIANA CECILIA MARI, 26 años, soltera, docente, oriental, domiciliada en Urquiza 2627.
14) $ 127 3/p 299 Ene 21- Ene 25 (0025)

JUAN PABLO TUBINO, 21 años, soltero, estudiante, oriental, domiciliado en Rivera 2610, y SILVIA BEATRIZ FALCON, 22 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Peteroa 3379.
14) $ 127 3/p 302 Ene 21- Ene 25 (0026)

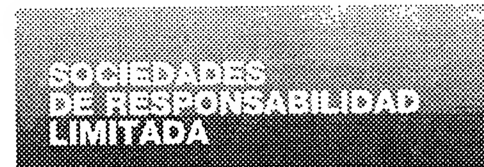
PEDRO JAVIER OTTONELLO, 36 años, divorciado, empleado, oriental, domiciliado en Comercio 2673, y SHIRLEY MONICA FALERO, 25 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Plaza de los Olímpicos 4463.
14) $ 127 3/p 304 Ene 21- Ene 25 (0027)

RAFAEL TODRESAK, 28 años, soltero, analista en computación, oriental, domiciliado en José Serrato 3496, y SILVIA ALICIA RODRIGUEZ, 39 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en La Gaceta 1388.
14) $ 127 3/p 309 Ene 21- Ene 25 (0028)

JOSE FERNANDO OLIVERA, 26 años, soltero, policía, oriental, domiciliado en Las Primicias 4792 BIS, y LORENA MIGEL GONZALEZ, 21 años, soltera, labores, oriental, domiciliada en Las Primicias 4792 BIS.
14) $ 127 3/p 320 Ene 21- Ene 25 (0029)

HUGO CESAR VERDE, 34 años, divorciado, empleado, oriental, domiciliado en Complejo América 5920 AP 011, y GIOVANNA ALEJANDRA GALIANO, 22 años, divorciada, empleada, oriental, domiciliada en Complejo América 5920.
14) $ 127 3/p 321 Ene 21- Ene 25 (0030)

FRANCISCO JAVIER VISOS, 30 años, soltero, jornalero, oriental, domiciliado en Robinson 3426 AP 14, y SHIRLEY IVONNE CARBAJAL, 32 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Robinson 3416 AP 14.
14) $ 127 3/p 322 Ene 21- Ene 25 (0031)



JUAN CARLOS ETCHEVERRY LIMITADA
(Sucesores de Federico Molina Soc. Com.)

Cesiones de cuotas sociales y Modificación de Contrato social

Contrato: 2/diciembre/1998
Inscripción: Nº 2562, fo. 3246, Lo. 3
Cedentes: Alvaro Etcheverry Ferranty (10 cuotas)
Carlos Enrique Moreira Ayala (10 cuotas)
Juan Carlos Riveiro Bestutti (10 cuotas)
Cesionario: Juan Carlos Riveiro Gamborena (30 cuotas)
Modificaciones:
Domicilio: Montevideo. Sede: Zabala Nº 1327 esc. 408
Plazo: 30 años prorrogable automáticamente cada 2 años
Capital: $ 500.000 (200 cuotas de $ 2.500 c/u).
Socios: Alvaro Etcheverry Ferranty, Carlos Enrique Moreira Ayala, Juan Carlos Riveiro Bestutti y Juan Carlos Riveiro Gamborena, con 50 cuotas c/u.
Administr. y representación: actuación conjunta de dos socios cualesquiera.
22) $ 1.482 1/p 10552 Ene 21- Ene 21 (0032)

PREMIOS S.R.L.

CONTRATO: 22/9/98
INSCRIPCION: N: 2150 fo.: 3268: 20/11/98
SOCIOS: MARIO ROBERTO RUSCONI CORBO (95 cuotas) y NORMA CORBO DE LEON (5 cuotas).
CAPITAL: $ 20.000.
OBJETO: Realización y comercialización de todo tipo de regalos empresariales, promocionales y artículos importados y de papeleria en general, explotar el comercio en general.
PLAZO: 30 años.
DOMICILIO: MONTEVIDEO.
ADMINISTRACION: MARIO ROBERTO RUSCONI CORBO.
22) $ 988 1/p 10553 Ene 21- Ene 21 (0033)

BRAULIO S.R.L
Modificación

Contrato: 10.9.98 No. 2473, Fo. 3130, Lo. 3.

Modificación: Ampliación de plazo a 30 años.
22) $ 494 1/p 10554 Ene 21- Ene 21 (0034)

"FAMILIA DIGENIO LTDA."

Contrato: 25 de junio de 1997.-
Inscripción: NRO. 934-F. 1147.- L 1.-
Cedente: Ricardo Digenio Longo, Solange Piñeiro Bignone, Milton Digenio Rizzo, Lucía Longo.-
Cesionarios: Javier Digenio Rodriguez y Nelson Digenio Rizzo.-
Cuotas: 7.-
Administracion: indistinta.
22) $ 741 1/p 10555 Ene 21- Ene 21 (0035)

FERGOSUR LTDA.

Fecha: Montevideo 17/12/98
Socios: María de la Soledad Fernandez y Alejandro Gomez
Capital: $ 12.700 (1oo cuotas 50 c/u)
Plazo: 30 años
Objeto: reparto y distribución de productos alimenticios
Administración: ambos socios indis.
insc. 2533 fo. 3207 Lo. 3.
22) $ 741 1/p 10556 Ene 21- Ene 21 (0036)

FARMACIAS YALTA LIMITADA

CESION DE CUOTAS SOCIALES

Contrato: 21/12/1998.
Inscripción: Número 2683 al Folio 3975 del Libro 4, el 23/12/1998.
Cedentes: VICTOR CAPUTTO SCARPA y ALEJANDRO CAPUTTO GOBBI.
Cesionarias: MARIA DEL CARMEN ARANDA y MILKA PANZARDO (adquieren 10 cuotas cada una).
22) $ 741 1/p 10557 Ene 21- Ene 21 (0037)

"DANJE'S S.R.L."

CONTRATO: 27/11/98
INSCRIPCION: Nº 2714 Fº 4017 Lº 4
SOCIOS: MURAS Y SAN ESTEBAN
CAPITAL: $ 50.000
OBJETO: EXPLOTACION DE CANTINA
ADMINISTRACION: CONJUNTA
PLAZO: 30 AÑOS
DOMICILIO MONTEVIDEO.
22) $ 494 1/p 10560 Ene 21- Ene 21 (0038)

"ANAEL S.R.L."

MODIFICACION DE CONTRATO

Contrato 10.11.98
Registro No. 2534 Fo. 3208 Lo. 3.
Plazo 30 años.
22) $ 494 1/p 10562 Ene 21- Ene 21 (0039)

TORNOMOTO LIMITADA

DENOMINACION: TORNOMOTO LIMITADA
CONTRATO: 08/07/98
INSCRIPCION: No 1047 al Fo 3861 Vto Lo No 3.
SOCIOS: Antonio Freda Garruto (38 cuotas), Roberto Freda Urquiza (38 cuotas)
OBJETO: Torneria y rectificado de micromotores
PLAZO: 2 años prorrogables automaticamente
DOMICILIO: Montevideo
ADMINISTRACION: Indistintamente
CAPITAL: $ 304.000.
22) $ 741 1/p 10565 Ene 21- Ene 21 (0040)

GRAFICA LUGO LTDA.

CESION Y MODIFICACION

CONTRATO: 1/6/98
REGISTRO: Nº 1286 Fº 2139 Lº 4
CEDENTE: Rodolfo Carlos Peña BLANCO
CESIONARIO: Sandra Gabriela GARCIA FERREIRA
MODIFICACION: Administracion: Jose Ramon BOUSO PEREZ.
22) $ 494 1/p 10593 Ene 21- Ene 21 (0041)

SERLIM S.R.L.

CESION - MODIFICACION

FECHA: 1/12/98.
INSCRIPCION: 22/12/98. Nº 2577 Fº 3267 Lº 3.
CEDENTES: DELMA BERTA ARLOTTO ROMEGO (3 cuotas), SANDRA PETROCELLI ARLOTTO (21 cuotas).
CESIONARIA: DANIELLA PETROCELLI ARLOTTO.-
ADMINISTRACION: NESTOR PETROCELLI Y DANIELA PETROCELLI conjunta o indistintamente.
22) $ 741 1/p 10604 Ene 21- Ene 21 (0042)

GASTESI LTDA.

NOMBRE: GASTESI LTDA.
CONTRATO: MONTEVIDEO 8/12/98.
INSCRIPCION: Nº 42 Fº 55 Lº 4
SOCIOS: GLADYS SUSANA GASTESI CAVALHEIRO Y SEBASTIAN TEIXEIRA GASTESI
OBJETO: TRANSPORTE ESCOLAR, TRANSPORTES EN GENERAL E INSTALACIONES ELECTRICAS
CAPITAL: $ 240.000.- DIVIDIDO EN 240 CUOTAS DE $ 1.000 CADA UNA.
PARTICIPACIONES: 90% GLADYS SUSANA GASTESI CAVALHEIRO Y 10% SEBASTIAN TEIXEIRA GASTESI
ADMINISTRACION: POR CUALQUIERA DE LOS SOCIOS INDISTINTAMENTE
PLAZO: 30 AÑOS
DOMICILIO: MONTEVIDEO: AV. GRAL. FLORES Nº 3284 APTO. 901.
22) $ 1.235 1/p 10606 Ene 21- Ene 21 (0043)

BLANKLEDER LTDA.

Cesión de Cuotas. Contrato: 1 de julio de 1998.
Inscripción: No. 1521 al folio 1917 del libro 3.
Socios: Ismael BLANKLEDER BARANOWITZ. 29 cuotas sociales y Claudia BLANKLEDER MARTINEZ. 1 cuota.
Administrador: Ismael BLANKLEDER.
22) $ 494 1/p 10607 Ene 21- Ene 21 (0044)

TRAMITES DE PATENTES DE INVENCION Y PRIVILEGIOS INDUSTRIALES

MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGIA Y MINERIA

CENTRO NACIONAL DE LA PROPIEDAD INDUSTRIAL

ACTA 25138. Agosto 13, 1998. NUMEROSKY por WARNER LAMBERT COMPANY, solicita Patente Invención: "COMPOSICIONES DURAS DE REPOSTERIA CON SABOR MODIFICADO QUE CONTIENEN INGREDIENTES FUNCIONALES" Reivindicando Prioridad estadounidense 60.055.647 - 14/8/97.
24) $ 630 10/p 10602 Ene 21- Feb 03 (0045)

VARIOS

MONTEVIDEO

ENTES



A.N.C.A.P.
Administración Nacional de Combustibles, Alcohol y Portland
EDICTO.- Por Resolución de la DINAMIGE de fecha 17/12/98 se otorgó a ANCAP el título minero Permiso de Prospección y Servidumbre de Estudio sobre los predios padrones Nº 467p, 3539, 3680, 6435p, 6996, 7279p, 7817 y 7820 ubicados en la 5a. sección judicial del Departamento de Treinta y Tres en una superficie de 2106 Hás 8063 m.c, en el Asunto 390/97.
27) (Cta. Cte.) 3/p 50134 Ene 21- Ene 25 (0046)

MINISTERIOS

MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y MEDIO AMBIENTE

DIRECCION NACIONAL DE MEDIO AMBIENTE
Solicitud de Autorización Ambiental Previa
MANIFIESTO
Se hace saber que se pone de manifiesto en las

oficinas de la Dirección Nacional de Medio Ambiente (Rincón 422 piso 4º), por el término de 20 días hábiles (artículo 15 del Reglamento de Evaluación de Impacto Ambiental, Decreto 435/994 del 21 de setiembre de 1994) a partir de la fecha de la publicación, el informe Ambiental Resumen de la solicitud de Autorización Ambiental Previa presentada por CARLOS I. PANIZZA DE LEON, respecto del proyecto de CONSTRUCCION DE REPRESA PARA RIEGO DE ARROZ a localizarse en los Padrones Nº 670, 4405, 5168, 675, 4407 de la 6a Sección Judicial del Departamento de ARTIGAS.
Montevideo, 2 de Diciembre de 1998. Ing. Quím. LUIS SANTOS, DIRECTOR NACIONAL DE MEDIO AMBIENTE.
27) $ 336 1/p 10551 Ene 21- Ene 21 (0047)

BANCOS

Banco Central del Uruguay

**** MESA DE NEGOCIACIONES ****
CAMBIOS Y ARBITRAJES
CIERRE DE OPERACIONES DEL DIA 18 DE ENERO DE 1999

PAISES	MONEDAS TRANSF.	COD.		ARBITRAJES
MERCADO DE CAMBIOS				
ALEMANIA	MARCOS ALEMANES	0300		1,685800
ARGENTINA	PESO ARGENTINO	0500		1,000000
BRASIL	REAL	1000		1,570000
ESPAÑA	PESETAS	2100		143,410000
FRANCIA	FRANCO FRANCES	2600		5,653800
INGLATERRA	LIBRAS ESTERLIN.	2700	U$S	1,653700
ITALIA	LIRAS	3500		1.668,910000
JAPON	YENS	3600		114,220000
SUIZA	FRANCOS SUIZOS	5900		1,378500
COTIZACIONES INTERBANCARIAS			COMPRA	VENTA
ARGENTINA	PESO ARG. BILLETE	0501	$ 11,000	11,025
BRASIL	REAL BILLETE	1001	$ 6,900	8,180
ESTADOS UNIDOS	DLS. USA BILLETE	2225	$ 11,030	11,050
ESTADOS UNIDOS	DLS. USA CABLE	2224	$ 11,040	11,050
ESTADOS UNIDOS	DLS. USA FDO.BCU	2223	$ 11,040	11,050

POR OTROS ARBITRAJES Y/O TASAS CONSULTAR A LA OFICINA DE INFORMACION TELEFAX: 900.38.44.
27) (Cta. Cte.) 1/p 50129 Ene 21- Ene 21 (0048)

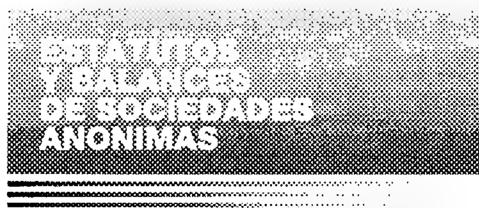
UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

RECTORIA

Se notifica al Sr. Walter DE LOS SANTOS la siguiente resolución, adoptada por el Consejo Ejecutivo Delegado de la Universidad de la República, en sesión ordinaria de fecha 21 de diciembre de 1998:
"Atento a lo informado por la Dirección General de Personal, no acceder a la solicitud de reingreso como funcionario de la Universidad de la República, formulada por el Sr. Walter de los Santos, notificando personalmente al interesado de la presente resolución, antecedentes que lucen en el distribuido Nº 2030/98".
27) (Cta. Cte.) 1/p 50127 Ene 21- Ene 21 (0049)

RECTORIA

Se notifica a la Sra. Myriam Mabel CORTES COITINHO la siguiente resolución, adoptada por el Consejo Ejecutivo Delegado de la Universidad de la República en sesión ordinaria de fecha 21 de diciembre de 1998:
"Atento a lo informado por la Facultad de Agronomía y el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" y a lo propuesto por la Dirección General de Personal, no acceder a la solicitud de reingreso como funcionaria de la Universidad de la República formulada por la Sra. Myriam Mabel Cortés Coitinho, notificando a la interesada de la presente resolución, antecedentes que lucen en el distribuido Nº 2054/98".
27) (Cta. Cte.) 1/p 50128 Ene 21- Ene 21 (0050)



SUDY LEVER S.A.

ARTICULO 284 LEY 16060

Asamblea Extraordinaria de Accionistas del 31 de marzo 1998 resolvió aumentar capital contractual a $ 237:174.771.
Conformidad de Auditoría Interna de la Nación del 5.11.98.
28) $ 741 1/p 10450 Ene 21- Ene 21 (0051)

GASEBA URUGUAY S.A.
Grupo Gaz de France
Aumento de Capital

Actas 31/10/97 y 31/12/97 - Capital actual: $ 100:000.000
Inscripción 13/1/99, No. 3410 Fo. 4033 Lo. 1
28) $ 741 1/p 10558 Ene 21- Ene 21 (0052)

SOTHEBY'S FORTUNE S.A.

Su objeto será industrializar comercializar mercaderías arrendamientos de bienes obras y servicios en los ramos de alimentación automotriz comunicación construcción y subsidiarios hotel informática máquinas papel servicios profesionales técnicos y administrativos turismo, valores mobiliarios, marcas y bienes incorporales análogas importación exportación representaciones comisiones servicios explotación agropecuaria, toda clase de operaciones con inmuebles urbanos, rurales. El objeto se podrá cumplir en el país y/o en el exterior.
Inscripción: No. 17-Fo. 23-Lo. 2- el 11/01/99
Plazo: 100 años.
28) $ 1.235 1/p 10563 Ene 21- Ene 21 (0053)

AERO CARGAS SOCIEDAD ANONIMA (ANTES AERO CARGAS SRL)

CAPITAL: $ 500.000.-
PLAZO: 100 AÑOS
DOMICILIO: MONTEVIDEO
OBJETO: A) INDUSTRIALIZAR Y COMERCIALIZAR MERCADERIAS, OBRAS Y SERVICIOS, EN LOS RAMOS DE ALIMENTACION, AUTOMOTRIZ, BAZAR, CARNE, CAUCHO, COMBUSTIBLES, CUERO, DEPORTES, EDITORIAL, ELECTROTECNIA, ELECTRODOMESTICOS, ENSEÑANZA, ESPECTACULOS, EXTRACTIVAS, FERRETERIA, FOTOGRAFIA, FRUTOS DEL PAIS, HOTELERIA, IMPRENTA, INFORMATICA, JUGUETERIA, LIBRERIA, MADERA, MAQUINAS, MARITIMO, MECANICA, MEDICINA, METALURGIA, MINERIA, MUSICA, OPTICA, PAPEL, PESCA, PLASTICO, PUBLICIDAD, QUIMICA, TEXTIL, TRANSPORTE DE PERSONAS, COSAS, SEMOVIENTES Y NOTICIAS, TURISMO, VALORES MOBILIARIOS, VESTIMENTA, VETERINARIA Y VIDRIO; B) IMPORTACIONES, EXPORTACIONES, CONSIGNACIONES, REPRESENTACIONES Y COMISIONES; C) COMPRAVENTA, ARRENDAMIENTO, ADMINISTRACION CONSTRUCCION U OPERACIONES EN GENERAL CON BIENES INMUEBLES PERMITIDOS LEGALMENTE.
INSCRIPCION: Nº 3394 AL FO. 4017 L. 1 EL 13.01.99.
28) $ 1.729 1/p 10564 Ene 21- Ene 21 (0054)

DEBIROL S.A.

CAPITAL: U$S 100.000
OBJETO: En el exterior realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos. Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros. Explotación de marcas, paten-

tes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos. Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo, y vestimenta. Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados. Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país, podrá efectuar toda actividad permitidas por el régimen al que se acoge.-
100 años
Montevideo
Inscripción: 16/12/98, 3029, 3569, 2.
28) $ 1.482 1/p 10567 Ene 21- Ene 21 (0055)

IPRECOL S.A.

CAPITAL: U$S 100.000
OBJETO: En el exterior realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos. Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros. Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos. Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo, y vestimenta. Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados. Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país, podrá efectuar toda actividad permitidas por el régimen al que se acoge.-
100 años
Montevideo
Inscripción: 17/12/98, 3168, 3745, 1.
28) $ 1.482 1 p 10568 Ene 21- Ene 21 (0056)

VARALUR S.A.

CAPITAL: U$S 100.000
OBJETO: En el exterior realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos. Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros. Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos. Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo, y vestimenta. Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados. Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país, podrá efectuar toda actividad permitidas por el régimen al que se acoge.-
100 años
Montevideo
Inscripción: 17/12/98, 3169, 3746, 1.
28) $ 1.482 1 p 10569 Ene 21- Ene 21 (0057)

LAFEROL S.A.

CAPITAL: U$S 100.000
OBJETO: En el exterior realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos. Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros. Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos. Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo, y vestimenta. Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados. Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país, podrá efectuar toda actividad permitidas por el régimen al que se acoge.-
100 años
Montevideo
Inscripción: 17/12/98, 3167, 3744, 1.
28) $ 1.482 1/p 10570 Ene 21- Ene 21 (0058)

ELBARCO S.A.

CAPITAL: U$S 100.000
OBJETO: En el exterior realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos. Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros. Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos. Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo, y vestimenta. Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados. Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país, podrá efectuar toda actividad permitidas por el régimen al que se acoge.-
100 años
Montevideo
Inscripción: 16/12/98, 3026, 3566, 2.
28) $ 1.482 1/p 10571 Ene 21- Ene 21 (0059)

CRONILL S.A.

CAPITAL: U$S 100.000
OBJETO: En el exterior realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos. Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros. Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos. Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo, y vestimenta. Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados. Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país, podrá efectuar toda actividad permitidas por el régimen al que se acoge.-
100 años
Montevideo
Inscripción: 16/12/98, 3022, 3562, 2.
28) $ 1.482 1/p 10572 Ene 21- Ene 21 (0060)

MABERSYL S.A.

CAPITAL: U$S 100.000
OBJETO: En el exterior realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos. Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros. Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos. Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo, y vestimenta. Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados. Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país, podrá efectuar toda actividad permitidas por el régimen al que se acoge.-
100 años
Montevideo
Inscripción: 16/12/98, 3027, 3567, 2.
28) $ 1.482 1/p 10573 Ene 21- Ene 21 (0061)

FILMACAR S.A.

CAPITAL: U$S 100.000
OBJETO: En el exterior realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos. Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros. Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos. Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo, y vestimenta. Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados. Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país, podrá efectuar toda actividad permitidas por el régimen al que se acoge.-
100 años
Montevideo
Inscripción: 16/12/98, 3023, 3563, 2.
28) $ 1.482 1/p 10574 Ene 21- Ene 21 (0062)

MANIFER S.A.

CAPITAL: U$S 100.000
OBJETO: En el exterior realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos. Im-

portaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros. Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos. Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo, y vestimenta. Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados. Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país, podrá efectuar toda actividad permitidas por el régimen al que se acoge.-
100 años
Montevideo
Inscripción: 16/12/98, 3025, 3565, 2.
28) $ 1.482 1/p 10575 Ene 21- Ene 21 (0063)

ONLIMAR S.A.

CAPITAL: U$S 100.000
OBJETO: En el exterior realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos. Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros. Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos. Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo, y vestimenta. Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados. Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país, podrá efectuar toda actividad permitidas por el régimen al que se acoge.-
100 años
Montevideo
Inscripción: 16/12/98, 3024, 3564, 2.
28) $ 1.482 1/p 10576 Ene 21- Ene 21 (0064)

NIRELSTAR S.A.

CAPITAL: U$S 100.000
OBJETO: En el exterior realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos. Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros. Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos. Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo, y vestimenta. Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados. Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país, podrá efectuar toda actividad permitidas por el régimen al que se acoge.-
100 años
Montevideo
Inscripción: 16/12/98, 3028, 3568, 2.
28) $ 1.482 1/p 10577 Ene 21- Ene 21 (0065)

INTERNATIONAL TRADE AGREEMENT S.A. - (ITASA)

100 AÑOS
MONTEVIDEO
OBJETO: ARTICULO 2: USUARIA DE ZONA FRANCA. pudiendo desarrollar en ella las actividades industriales, comerciales o de servicios amparados en los incisos A), B), C) y D) del artículo 2 de la ley 15.921
$ 600.000
14/05/98 No. 1222 Fo. 1278 Lo. 1
28) $ 741 1/p 10587 Ene 21- Ene 21 (0066)

COMMERCIAL LINE S.A.

100 AÑOS
MONTEVIDEO
OBJETO: ARTICULO 2: USUARIA DE ZONA FRANCA, pudiendo desarrollar en ella las actividades industriales, comerciales o de servicios amparados en los incisos A), B), C) y D) del artículo 2 de la ley No. 15.921
$ 600.000
06/05/98 No. 1047 Fo. 1093 Lo. 1
28) $ 741 1/p 10588 Ene 21- Ene 21 (0067)

FREESPACE S.A.

100 AÑOS
MONTEVIDEO
OBJETO: ARTICULO 2: USUARIA DE ZONA FRANCA, pudiendo desarrollar en ella las actividades industriales, comerciales o de servicios amparados en los incisos A), B), C) y D) del artículo 2 de la ley No. 15.921
$ 600.000
06/05/98 No. 1045 Fo. 1091 Lo. 1
28) $ 741 1/p 10589 Ene 21- Ene 21 (0068)

URUGUAY COMMUNICATIONS S.A.

100 AÑOS
MONTEVIDEO
OBJETO: ARTICULO 2: USUARIA DE ZONA FRANCA, pudiendo desarrollar en ella las actividades industriales, comerciales o de servicios amparados en los incisos A), B), C) y D) del artículo 2 de la ley No. 15.921
$ 600.000
06/05/98 No. 1046 Fo. 1092 Lo. 1
28) $ 741 1/p 10590 Ene 21- Ene 21 (0069)

INTERACTIVE OPERATION SYSTEM S.A.

100 AÑOS
MONTEVIDEO
OBJETO: ARTICULO 2: USUARIA DE ZONA FRANCA, pudiendo desarrollar en ella las actividades industriales, comerciales o de servicios amparados en los incisos A), B), C) y D) del artículo 2 de la ley No. 15.921
$ 600.000
06/05/98 No. 1048 Fo. 1094 Lo. 1
28) $ 741 1/p 10591 Ene 21- Ene 21 (0070)

FORT ROYAL INC. S.A.

100 AÑOS
MONTEVIDEO
OBJETO: ARTICULO 2: USUARIA DE ZONA FRANCA. pudiendo desarrollar en ella las actividades industriales, comerciales o de servicios amparados en los incisos A), B), C) y D) del artículo 2 de la ley No. 15.921
$ 600.000
21/05/98 No. 1308 Fo. 1380 Lo. 1
28) $ 741 1/p 10592 Ene 21- Ene 21 (0071)

BRINDOLAN CORP. S.A.

CAPITAL: U$S 100.000
OBJETO: En el exterior realizar: inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, operaciones agropecuarias, financieras con bienes inmuebles, comerciales e industriales en ramos de alimentación, electrónica, espectáculos, comunicaciones, hotelería, informática, textil, turismo, vestimenta, servicios profesionales, importación, exportación, comisiones, representaciones, reaseguros, seguros, explotación de marcas, bienes incorporales análogos, participación o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados. En el país, efectuar actividades permitidas por Ley 11.073.-
100 años
Montevideo
Inscripción: 03/12/98, No. 2893, Fo. 3404 Lo. 2
28) $ 1.235 1/p 10578 Ene 21- Ene 21 (0072)

BEKOSS GROUP S.A.

CAPITAL: U$S 100.000
OBJETO: En el exterior realizar: inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, operaciones agropecuarias, financieras con bienes inmuebles, comerciales e industriales en ramos de alimentación, electrónica, espectáculos, comunicaciones, hotelería, informática, textil, turismo, vestimenta, servicios profesionales, importación, exportación, comisiones, representaciones, reaseguros, seguros, explotación de marcas, bienes incorporales análogos, participación o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados. En el país, efectuar actividades permitidas por Ley 11.073.-
100 años
Montevideo
Inscripción: 01/12/98, No. 3007, Fo. 3505 Lo. 1.
28) $ 1.235 1/p 10579 Ene 21- Ene 21 (0073)

ANDINA DELESTE S.A.

CAPITAL: U$S 100.000
OBJETO: En el exterior realizar: inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, operaciones agropecuarias, financieras con bienes inmuebles, comerciales e industriales en ramos de alimentación, electrónica, espectáculos, comunicaciones, hotelería, informática, textil, turismo, vestimenta, servicios profesionales, importación, exportación, comisiones, representaciones, reaseguros, seguros, explotación de marcas, bienes incorporales análogos, participación o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados. En el país, efectuar actividades permitidas por Ley 11.073.-
100 años
Montevideo
Inscripción: 09/12/98, No. 2917, Fo. 3439 Lo. 2.
28) $ 1.235 1/p 10580 Ene 21- Ene 21 (0074)

DELKOSTILL S.A.

CAPITAL: U$S 100.000
OBJETO: En el exterior realizar: inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, operaciones agropecuarias, financieras con bienes inmuebles, comerciales e industriales en ramos de alimentación, electrónica, espectáculos, comunicaciones, hotelería, informática, textil, turismo, vestimenta, servicios profesionales, importación, exportación, comisiones, representaciones, reaseguros, seguros, explotación de marcas, bienes incorporales análogos, participación o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados. En el país, efectuar actividades permitidas por Ley 11.073.-
100 años
Montevideo
Inscripción: 01/12/98, No. 3005, Fo. 3503 Lo. 1
28) $ 1.235 1/p 10581 Ene 21- Ene 21 (0075)

CONSULTORA BRINDOLL S.A.

CAPITAL: U$S 100.000
OBJETO: En el exterior realizar: inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, operaciones agropecuarias, financieras con bienes inmuebles, comerciales e industriales en ramos de alimentación, electrónica, espectáculos, comunicaciones, hotelería, informática, textil, turismo, vestimenta, servicios profesionales, importación, exportación, comisiones, representaciones, reaseguros, seguros, explotación de marcas, bienes incorporales análogos, participación o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados. En el país, efectuar actividades permitidas por Ley 11.073.-
100 años
Montevideo
Inscripción: 09/12/98, No. 2918, Fo. 3440 Lo. 2.
28) $ 1.235 1/p 10582 Ene 21- Ene 21 (0076)

CONSULTORA HILLCAS S.A.

CAPITAL: U$S 100.000
OBJETO: En el exterior realizar: inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, operaciones agropecuarias, financieras con bienes inmuebles, comerciales e industriales en ramos de alimentación, electrónica, espectáculos, comunicaciones, hotelería, informática, textil, turismo, vestimenta, servicios profesionales, importación, exportación, comisiones, representaciones, reaseguros, seguros, explotación de marcas, bienes incorporales análogos, participación o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados. En el país, efectuar actividades permitidas por Ley 11.073.
100 años
Montevideo
Inscripción: 09/12/98, No. 2916, Fo. 3438, Lo. 2.
28) $ 1.235 1/p 10583 Ene 21- Ene 21 (0077)

CONSULTORA SUDERCOS S.A.

CAPITAL: U$S 100.000
OBJETO: En el exterior realizar: inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, operaciones agropecuarias, financieras con bienes inmuebles, comerciales e industriales en ramos de alimentación, electrónica, espectáculos, comunicaciones, hotelería, informática, textil, turismo, vestimenta, servicios profesionales, importación, exportación, comisiones, representaciones, reaseguros, seguros, explotación de marcas, bienes incorporales análogos, participación o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados. En el país, efectuar act ividades permitidas por Ley 11.073.-
100 años
Montevideo
Inscripción: 10/12/98, No. 3139, Fo. 3698 Lo. 1.
28) $ 1.235 1/p 10584 Ene 21- Ene 21 (0078)

CONSULTORA VIALANCO S.A.

CAPITAL: U$S 100.000
OBJETO: En el exterior realizar: inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, operaciones agropecuarias, financieras con bienes inmuebles, comerciales e industriales en ramos de alimentación, electrónica, espectáculos, comunicaciones, hotelería, informática, textil, turismo, vestimenta, servicios profesionales, importación, exportación, comisiones, representaciones, reaseguros, seguros, explotación de marcas, bienes incorporales análogos, participación o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados. En el país, efectuar actividades permitidas por Ley 11.073.-
100 años
Montevideo
Inscripción: 09/12/98, No. 2915, Fo. 3437 Lo. 2.
28) $ 1.235 1/p 10585 Ene 21- Ene 21 (0079)

BRINDOLEN TRADING S.A.

CAPITAL: U$S 100.000
OBJETO: En el exterior realizar: inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, operaciones agropecuarias, financieras con bienes inmuebles, comerciales e industriales en ramos de alimentación, electrónica, espectáculos, comunicaciones, hotelería, informática, textil, turismo, vestimenta, servicios profesionales, importación, exportación, comisiones, representaciones, reaseguros, seguros, explotación de marcas, bienes incorporales análogos, participación o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados. En el país, efectuar actividades permitidas por Ley 11.073.-
100 años
Montevideo
Inscripción: 01/12/98, No. 3004, Fo. 3502 Lo. 1.
28) $ 1.235 1/p 10586 Ene 21- Ene 21 (0080)

EVARLE S.A

MODIFICACION DE ESTATUTOS

Asamblea Gral extraordinaria: 10/09/97.
Modif: AUMENTO DE CAPITAL: El capital formado con titulos de una o mas acciones nominativas de $ 1.000.- cada una, sera de $ 15.000.000.- (pesos uruguayos quince millones)
Inscripcion: 18/11/98 No. 2749 al Fo. 3200 del libro No. 2.
28) $ 741 1/p 10605 Ene 21- Ene 21 (0081)

Para la mejor eficacia en la prestación de los servicios que la Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales (IM.P.O.), tiene a su cargo, se les recuerda que los avisos de Convocatorias Comerciales deberán ser presentados con una antelación mínima de 10 días a la fecha de la asamblea respectiva.

Para los avisos de Remate, se requieren, para aquel fin, la presentación del edicto con 15 días de anticipación a la fecha de la subasta.

Para evitar errores en la impresión de los avisos judiciales, se ruega claridad en los sellos de los profesionales firmantes al pie de cada edicto.



REGISTRO NACIONAL DE LEYES Y DECRETOS

DIARIO OFICIAL

TARIFA VIGENTE A PARTIR DEL 1º/8/997

TOMOS EN RUSTICA:

Año	1er. Semestre $	Tomos	2do. Semestre $	Tomos
1970	168,00	1	168,00	1
1971	156,00	1	168,00	1
1972	168,00	1	168,00	1
1973	----	-	168,00	1
1980	----	-	277,00	2
1981	277,00	1	277,00	1
1982	277,00	1	326,00	2
1983	303,00	1	303,00	1
1984	328,00	1	328,00	1
1985	328,00	1	458,00	2
1986	406,00	1	485,00	1
1987	422,00	1	847,00	2
1988	422,00	1	847,00	2
1989	505,00	1	488,00	1
1990	582,00	1	710,00	1
1991	422,00	1	533,00	1
1991	(Addenda)	1	388,00	1
1992	533,00	1	582,00	1
1993	533,00	1	533,00	1
1994	534,00	1	1.012,00	2
1995	589,00	1	650,00	1

TOMOS ENCUADERNADOS:

Año	1er. Semestre $	Tomos	2do. Semestre $	Tomos
1971	221,00	1	221,00	1
1972	221,00	1	221,00	1
1973	221,00	1	221,00	2
1980	----	-	343,00	2
1981	343,00	1	343,00	2
1982	343,00	1	407,00	2
1983	379,00	1	379,00	1
1984	407,00	1	407,00	1
1985	407,00	1	606,00	2
1986	456,00	1	557,00	1
1987	533,00	1	1.064,00	2
1988	533,00	1	1.064,00	2
1989	582,00	1	610,00	1
1990	659,00	1	798,00	1
1991	520,00	1	610,00	2
1991	(Addenda)	1	438,00	1
1992	610,00	1	659,00	1
1993	610,00	1	606,00	1
1994	613,00	1	1.183,00	2
1995	673,00	1	750,00	1
1996	800,00	1	880,00	2
1997	920,00	2	980,00	2



Le cambiamos días por minutos y segundos.



Hasta hace muy poco tiempo consultar la información publicada en el Diario Oficial le podía demandar tediosas horas de búsqueda. Ahora lo puede hacer en contados minutos y sin moverse de su domicilio o lugar de trabajo. Digitando el 0900 2044 del Banco Electrónico de Datos de IMPO, a cualquier hora, todo el año está en pantalla a su disposición la biblioteca jurídica más completa.

0900 2044

Una biblioteca jurídica a domicilio

Tarifa por minuto: $ 4,60 + I.V.A.



Requerimientos: PC 486 con 4 Mb o superior, configurado para acceder a Internet; Modem; Windows 3.1, 3.11 o 95; Software para comunicaciones (Trumpet o Acceso Telefónico a Redes).
Instructivo de conexión en: http://www.impo.com.uy/conectar.htm.

Florida 1178 Tels.: 908 50 42 - 908 51 80 - 908 52 76 Fax: 900 33 71 Montevideo - Uruguay **Internet: www.impo.com.uy**



Al instante, la Constitución en imagen y sonido.

En efecto, ahora puede consultar la Constitución de la República Oriental del Uruguay en la pantalla de su computador personal.

El disco compacto no solamente le ofrece todo el texto de la misma sino que facilita un rápido acceso a la información deseada mediante un práctico menú de opciones.

El hecho de poder escucharla permite utilizarla con fines didácticos así como proporcionar una solución para aquellas personas con dificultades visuales.

El texto convencional está complementado con el Himno Nacional, notas explicativas, fotos de monumentos, edificios públicos y obras pictóricas.

Esta obra constituye otro aporte de IMPO a la comunidad brindándosela en esta oportunidad con la última Tecnología Multimedia.

Edita y distribuye:

impo

DIRECCION NACIONAL DE IMPRESIONES
Y PUBLICACIONES OFICIALES

$275

Florida 1178 - Montevideo Uruguay - **Teléfonos:** 908 50 42 - 908 51 80 - 908 52 76 - 908 49 23
Internet: www.impo.com.uy - **E-mail:** impo@impo.com.uy